AUS DEM KANTONALEN ASYL WIL (ST. GALLEN)
DIREKTOR: DR. SCHILLER

ZUR SYMPTOMBILDUNG BEI HYSTERIE

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

UNIVERSITÄT BASEL

VORGELEGT

VON

DR. PHIL. **MAX NACHMANSOHN**
MED. PRACT.
VON BÄRETSWIL (KANTON ZÜRICH)

VERLAGSBUCHHANDLUNG JULIUS SPRINGER IN BERLIN. 1927

Von der medizinischen Fakultät Basel genehmigt
auf Antrag von Professor Dr. Robert Bing

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1927. Bd. 107, Heft 3/4

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545822_0043

Einleitung.

In den Jahren 1916—1918 stellte *O. Muck* in einer Reihe von Aufsätzen auf Grund einer reichen Erfahrung über Kriegsneurosen auf oto-laryngologischem Gebiete die Hypothese auf, „daß bei hysterischen Störungen, die in der motorischen Sphäre liegen, die erblichen und angeborenen koordinierten Bewegungen aus der fetalen Periode im spätern, d. h. extrauterinen, Leben durch die Hysterie nicht in Mitleidenschaft gezogen werden, daß hingegen die nach der Geburt erst mit der Entwicklung des Verstandes und des Willens erworbenen komplizierten koordinierten Bewegungen eine Einbuße ihrer Funktion erfahren können" (1a), und in seinem zusammenfassenden Buche (1b) kommt er zum Schlusse: „Da die Veränderung der Psyche das Kennzeichnende der Hysterie ist, so ist, wenn wir der Entwicklungsgeschichte weiter folgen, einleuchtend, daß Gemütsbewegungen, Wollen und Urteilen, als erworbene Funktion des Hirns, ‚des Organs der Entziehbarkeit' durch ein auslösendes Moment eine Störung im Sinne der Hysterie erfahren können" (1b, S. 46). Diese bisher in der psychiatrischen Literatur wenig beachteten Ausführungen weisen darauf hin, daß hysterische Störungen, wie Lähmungen, Anästhesien usw., nicht von den naiven Vorstellungen der Patienten über den Bau des menschlichen Organismus abhängen, wie man es so oft dargestellt findet, sondern von der phylo- und ontogenetischen Entwicklung unseres C.N.S. und von dem Verhältnis, in dem die einzelnen Organe desselben zueinander stehen.

Wie *Bing*[2]) und viele andere dargetan haben, sind die auf dem Gebiete der Encephalitis gemachten Erfahrungen dazu geeignet, die hysterischen Erscheinungen entwicklungsgeschichtlich zu fundieren, wobei er im Jahre 1924[3]) die Vermutung aussprach, daß die hysterischen Chorea- und Athetosesyndrome nicht „durch bloße Imitation und unterbewußte Schauspielerei, sondern möglicherweise durch psychogene (statt organischer) Enthemmung onto- und phylogenetisch alter Be-

wegungsapparate zu erklären seien" [3) S. 584]. Damit hat sein schon im Jahre 1913 in seinem Lehrbuch vertretener Standpunkt, daß „bei der symptomalogischen Gestaltung psychogener Symptome gewissen, im anatomischen Aufbau und in der physiologischen Organisation unserer Nervenzentren gegebenen Verhältnissen ein wesentliches Mitwirken zuzusprechen sei"[2]), eine anatomische Basis gewonnen, die geeignet sein dürfte, eine Neurosentheorie zu begründen, die sich auf rein biologischer Grundlage aufbaut und sowohl der physiologisch-anatomischen Betrachtungsweise, wie der für das Verständnis der Neurosen im allgemeinen und der Hysterie im besonderen unerläßlichen psychologischen Forschung gerecht wird. Durch den *Bing*schen Begriff der „*psychogenen Enthemmung*" ist beiden Forschungsrichtungen in prägnanter Weise Genüge geschehen. Die Aufgabe der Psychologie ist es, diejenigen psychischen Faktoren herauszustellen, die eben zur Enthemmung führen, während der Hirnpathologie die wesentlich schwierigere Aufgabe zufällt, diejenigen zentral-nervösen Organe, die von der Enthemmung betroffen sind, und ebenso auch diejenigen, welche die Hemmungen ausüben, physiopathologisch zu erforschen.

Mit der Darstellung der drei folgenden Fälle beabsichtigen wir einen kleinen Beitrag zur Lehre von der psychogenen Enthemmung zu liefern. Wir glauben nachweisen zu können, daß dieser Begriff in allen drei Fällen zur Erklärung einer großen Reihe wesentlicher Symptome sich heranziehen läßt, wenn auch manche andere zu ihrem Verständnis des Hilfsbegriffes der pathologischen Verdrängung bedürfen, der aber zu dem der psychogenen Enthemmung in inniger Abhängigkeit steht. Vorwegnehmend möchten wir schon jetzt behaupten, daß die pathologische Verdrängung *eine* der Bedingungen der psychogenen Enthemmung ist, wenn auch das hysterische Symptom als solches in sehr vielen Fällen eine Folge der Liberation sein dürfte.

Wir werden uns hier nur mit der psychologischen Seite des Problems beschäftigen, wobei wir uns der Ergänzungsbedürftigkeit unserer Arbeit in pathophysiologischer Hinsicht voll bewußt sind. Doch wird wohl auch in der Wissenschaft das Prinzip *Moltke*scher Strategik „Getrennt marschieren und vereint schlagen" seine volle Geltung haben.

Zu den Krankengeschichten ist noch zu sagen, daß sie relativ kurze Auszüge aus einem viel umfangreicheren Material darstellen. Wir haben davon nur so viel gebracht, als es uns zur Aufhellung psychologischer Zusammenhänge und zum Verständnis des therapeutischen Procedere unbedingt nötig erschien. Wir verhehlen uns aber nicht, daß bei unserer innigen Vertrautheit mit den Patientinnen uns vielleicht manches selbstverständlich erscheint, was dem weniger Eingeweihten nicht so durchsichtig vorkommt, und bitten diesen Gesichtspunkt bei der Lektüre der Kasuistik zu berücksichtigen.

Kasuistik.

Patientin A. ist im Jahre 1904 geboren und stammt von einem trunksüchtigen Vater, der im Asyl versorgt war, und einer, zum mindesten auf sexuellem Gebiet, moralisch minderwertigen Mutter ab. Ihre Schwester steht, ebenso wie die Mutter, nach dem Bericht der Armenpflege in schlechtem Ruf. Die Eltern sind geschieden, doch schläft der Vater noch in der Wohnung der Mutter und soll weder jetzt noch früher irgendwelche Rücksichten auf die Kinder genommen haben, wenn er mit seiner Frau geschlechtlich verkehrte, während bei der Mutter die Pflegeinstinkte noch so weit wirksam gewesen zu sein scheinen, daß sie sich weigerte, in Gegenwart der Kinder dem Manne zu Willen zu sein, was nur zur Folge hatte, daß er ihr, hauptsächlich wenn er halbbetrunken war, brutal die Kleider herabriß und sie durch Schläge zur Ausführung des Aktes zwang, alles in Gegenwart der Kinder. Solche Erlebnisse wiederholten sich vor den Augen der Patientin oft und hatten für die Entstehung ihrer Hysterie ganz bestimmte Folgen. Es ist bemerkenswert, daß bei der ungefähr gleichaltrigen Schwester sich genau entgegengesetzte Wirkungen zeigten, was beweist, daß außer diesen äußeren bekanntlich noch innere konstitutive Faktoren für die Ätiologie einer Erscheinung die Hauptrolle spielen. Beiderlei Folgen stehen aber mit den äußeren Einflüssen in einem sachlichen Zusammenhang. Während die „gesunde" Schwester, nach den Schilderungen zu schließen, aggressive Züge, verbunden mit einem starken manifesten Sexualbedürfnis, zeigt und sich bei ihrer Nebenbeschäftigung ganz wohl fühlen soll, ist die Patientin ausgesprochen masochistisch im gewöhnlichen Wortsinne und zeigt eine äußerste *Sexualscheu*. Also scheinbar völlige Gegensätze, die sich aber neben der Konstitution aus verschiedenen anderen Umwelteinflüssen erklären lassen. Unsere Patientin kam mit 14 Jahren nach einem mit durchschnittlichen Leistungen verlaufenen Schulbesuch in ein christlich streng geleitetes Waisenhaus, wo sie nach ihren Angaben neben religiösen Übungen viele Schläge und wenig Essen bekam und außerdem noch das Schuhnähen erlernte. Mit 18 Jahren trat sie in eine Schuhfabrik ein und wohnte seit jener Zeit dauernd bei ihren Eltern bzw. ihrer Mutter. Ihre Periode bekam sie mit 16 Jahren. Die Menses waren mit sehr starken Schmerzen verbunden und hielten jedesmal unter starkem Blutverlust 8—10 Tage an. Ihr Habitus ist grazil und ausgesprochen infantil und steht mit den Menstruationsbeschwerden im besten Einklang.

Ihre Krankheit äußerte sich schon in ihrer Kindheit. Sie bekam in ihrem 10. Lebensjahr in der Klasse den ersten hysterischen Anfall, wobei sie hinfiel und, nach Angabe der Mutter, 1 Stunde bewußtlos dagelegen haben soll. Der Anlaß soll ein unbedeutendes Schreckerlebnis gewesen sein. Ebenso rief der Besuch eines Metzgerladens Anfälle hervor, und diese sollen sich bis zu ihrem 14. Lebensjahre fast Woche für Woche wiederholt haben, solange sie zu Hause war. Sobald sie ins Waisenhaus kam, verloren sie sich völlig. Während der 4 Jahre Waisenhausaufenthalt sollen die Anfälle nicht mehr aufgetreten sein, dagegen bekam sie von etwa ihrem 16. Lebensjahre an „Magenschmerzen" und Krämpfe. Bald nach ihrer Rückkehr ins sogenannte Elternhaus traten diese hysterischen Erscheinungen noch sehr verstärkt auf. Die Beschwerden waren neben den Leibschmerzen unstillbares Erbrechen, Abmagerung, Appetit- und Schlaflosigkeit. Die Schmerzen sollen sie manchmal unfähig gemacht haben, ihrer Berufsarbeit nachzugehen. Eine körperliche Untersuchung durch einen Chirurgen veranlaßten diesen, Magengeschwür zu diagnostizieren und eine Laparotomie auszuführen, die die Diagnose nicht bestätigte. Die gegebene Suggestion, daß jetzt die Geschwüre ja wegoperiert seien, hatte nicht den geringsten Erfolg. Die Schmerzen, das Erbrechen usw. blieben in voller Stärke bestehen, die Abmagerung wurde bedrohlich. Eines Tages wurde sie von ihrer Freundin in das Kantonspital ihres

Wohnortes gebracht, das die hysterische Natur ihres Leidens erkannte, sie bald entließ und einem Nervenarzt empfahl.

Nach ihrer Rückkehr ins Elternhaus waren Anfälle, wie sie sie in der Kindheit hatte, nicht mehr aufgetreten. Diese entwickelten sich nun im Laufe der nervenärztlichen Behandlung. Sie wurde hypnotisiert, und seither scheint sie wieder den Mechanismus der Anfälle herausbekommen zu haben. Als ich sie einmal in Somnabulhypnose brachte, bekam sie in diesem Zustande völlig denselben Ausdruck, wie in den von mir im Asyl beobachteten hysterischen Anfällen. Mitten in der Hypnose begann sie unruhig zu werden, vor sich hinzumurmeln, sagte: „Er kommt, er kommt", und stieß die gleichen angstvollen Laute aus wie in den aufgetretenen Anfällen in der ersten Zeit ihres Asylaufenthaltes. Dieses Erlebnis veranlaßte mich, die Hypnose sofort abzubrechen und auf dieses oft wertvolle therapeutische Hilfsmittel in diesem Falle gänzlich zu verzichten. Die vom erwähnten Nervenarzt ausgeführten Hypnosen sollen nach den Angaben der Patientin außer den Anfällen noch eine schwere Schläfrigkeit und Müdigkeit zur Folge gehabt haben. Sie suchte einen anderen Arzt auf, der ihr von der Hypnose abriet und sie in eine Nervenheilanstalt schickte. Dort blieb sie 6 Wochen, zeigte jedoch keine Besserung und lief fort. Bei der wieder aufgenommenen Fabrikarbeit konnte sie jedoch nicht bleiben, da die Anfälle jetzt während der Arbeit sich häufig wiederholten, die von einem von der Fabrikdirektion herbeigeholten Arzt als epileptische diagnostiziert wurden, weswegen sie in eine Anstalt für Epileptische verbracht wurde. Von dort kam sie nach 6wöchigem Aufenthalt zu uns mit der Diagnose: Hysterie (?), Debilität! Unsere jetzige Diagnose lautet: Hysterie bei psychophysischem Infantilismus, was aber nichts mit Debilität zu tun hat. Damit soll aber keineswegs ein Vorwurf dem einliefernden Arzt gemacht werden. Bei ihrem Eintritt dominierte tatsächlich eine gewisse Debilität, die aber hysterischer Natur war und jetzt völlig geschwunden ist. Die Patientin ist ein geschicktes aufgewecktes Mädchen. Aus der bisher mitgeteilten Krankengeschichte dürfte sich schon jetzt mit Eindeutigkeit ergeben haben, daß das Elternhaus als ein hysterogener Faktor 1. Ranges anzusehen ist. Vor allem war es der brutale sexuelle Verkehr der Eltern, der das sexuell leicht reizbare Kind hysterisch erkranken ließ. Dieser spielte in den hysterischen Dämmerzuständen und Absenzen die Hauptrolle. Bald sieht sie in ihren Anfällen den Vater mit dem Messer auf sich zukommen, bald sieht sie sich in der Wohnung und halluziniert den die Mutter mißhandelnden Vater. Ebenso sind ihre manifesten Angstträume von diesen Bildern erfüllt. Der Fleischerladen erinnert sie wohl im Binnenbewußten an die im elterlichen Hause erlebten Szenen und ruft Anfälle hervor. Alles dies zeigt deutlich die Nachwirkung der dort durchgelittenen seelischen Impressionen und ist nach Analogie sonstiger schwerster Schreckerlebnisse zu verstehen, die in ähnlicher oder unverhüllter Form im Wachen oder Schlaf von neuem in der Phantasie wiederkehren, nur daß der chronische Reiz noch nachhaltiger wirkt als der einmal erlebte Schreck.

Die geschilderten Erlebnisse machen bei einem reizbaren Kinde die Entwicklung einer Sexualscheu nicht schwer begreiflich. Daß sie sich bei der Schwester nicht entwickelt hat, ist bei ihrer wesentlich derberen Natur deswegen nicht unbegreiflich. Als ich die Patientin fragte, wie denn die Schwester auf die elterlichen sexuellen Raufszenen reagiert habe, erwiderte sie, sie konnte lächelnd zuschauen und hatte, wie es scheint, eine gewisse Lust daran. Die treibt es ja jetzt auch nicht viel besser. Hierbei ist zu bemerken, daß uns die krankhafte Reaktion der Patientin als die normalere und natürlichere erscheint als die zynische der „gesund" gebliebenen Schwester, die übrigens mit ihren 26 Jahren den Eindruck einer abgelebten Vierzigerin macht, während die Patientin noch

recht jugendlich aussieht. Die Sexualscheu der Patientin nahm groteske Formen an. Alles, was entfernt geeignet sein konnte, sie an die Sexualität zu erinnern, wurde von ihr instinktiv verabscheut. Sowohl entkleidete Frauen wie Männer, ja Kinder riefen Brechreiz in ihr hervor. Als sie im Warte- und Sprechzimmer eines Arztes moderne Bilder sah, ergriff sie die Flucht, noch bevor die Konsultation beendet war, als der Arzt zufällig abgerufen wurde. Trotzdem sie den Coitus der Eltern mitangesehen hatte, zeigte sie sich mit 22 Jahren völlig unorientiert über den Mechanismus desselben. Um dieser krankhaften Sexualscheu näher zu kommen, zeigte ich ihr Bilder von Michelangelo, und zwar Szenen aus der Sintflut. Nachdem sie mit anfänglichem Interesse, das durch einige einleitende Bemerkungen von mir geweckt war, die Bilder betrachtet hatte, erklärte sie plötzlich, ihr werde dunkel vor den Augen, sie sehe nichts mehr. Auch die Schrift konnte sie nicht mehr lesen. Sie müsse an die Szene zu Hause denken. Es gelang erst nach vielen Sitzungen, in denen ihr der wahrscheinliche Zusammenhang zwischen Amblyopie und Bildinhalt in einer ihrem geistigen Niveau entsprechenden Weise auseinandergelegt wurde, die Sehstörung zu beseitigen. Seit jener Zeit — es sind $1^1/_2$ Jahre her — ist sie nicht mehr aufgetreten. Mit der Möglichkeit, die durch die Michelangelosche Kunst vergeistigten Nacktheit anzuschauen — anderes wurde ihr nicht vorgelegt —, war auch die pathologische Sexualscheu, zum Teil wenigstens, soweit sie das eigene Geschlecht und kleine Kinder betraf, überwunden. Die heterosexuelle Scheu dagegen bestand in abgeschwächter Stärke fort, abgeschwächt insofern, als sie auch nackte Männergestalten auf den Bildern Michelangelos ohne Erregung betrachten konnte. Im übrigen wurde ihre Scheu durch religiöse Beeinflussung sehr stark unterstützt. Sie bat mich um Erlaubnis, beim katholischen Anstaltsgeistlichen Unterricht zu nehmen, da sie sich ohne jegliche Religion fühle; das reformierte Christentum ihrer Eltern, die aber völlig religionslos leben, sage ihr nichts, dagegen fühle sie sich unter dem Einfluß der katholischen Schwestern vom Katholizismus angezogen. Verf. gab ihr gerne die Erlaubnis, obgleich es sich auch zum Leidwesen des Pfarrers herausstellte, daß ihr die religiösen Übungen sehr schadeten. Nach jeder Beichte fühlte sie sich vom Geistlichen erotisch verfolgt; selbst der Gedanke an die Jungfrau Maria regte sie auf, so daß sie jetzt auf Rat des Pfarrers, der von mir nur aufs wärmste unterstützt wurde, den täglichen Kirchenbesuch meidet und nur am Sonntag zum allgemeinen Gottesdienst hingeht. Erst mit dem Nachlassen der religiösen Übungen trat eine für die Umgebung auffallende Besserung in ihrem Wesen ein. Sie verlor ihren stechenden Blick, kann recht heiter dreinblicken, arbeitet recht geschickt und erfaßt schnell, wenn man von ihr Neues verlangt. Die gesamte Änderung ihres seelischen Habitus wurde aber erst dann erreicht, als erst ganz spät während der Behandlung ihr manifester Masochismus zur Sprache kam. Ich hatte es unterlassen, sie nach dieser Richtung ihres Sexuallebens zu fragen, da es mir ausgeschlossen schien, durch direktes Befragen bei dieser Sexualscheu brauchbares Material zu erhalten, und mir die Ätiologie ihrer Hysterie durchsichtig genug erschien. Es ist auch möglich, daß ich 1 Jahr früher keine verwertbaren Angaben von ihr erhalten hätte. Eines Tages teilte sie mir mit, daß sie sich wegen ihrer ewigen Träume von den verflixten Männern, die sie verfolgen, und mit denen sie doch wirklich nie zu tun gehabt habe, tief sündhaft fühle. Als sie erwacht sei, habe sie stärkste Lust gehabt, sich für ihre sündhaften Gedanken körperlich zu züchtigen, wie sie es „verdiene". Sie habe das Gefühl, eine tüchtige Tracht Prügel würde ihr eine große Erleichterung von ihrer Sündenlast verschaffen. Trotz der Gedrücktheit, mit der sie die Sätze vorbrachte, wobei sie noch schamrot wurde, konnte sie bei Erwähnung der Tracht Prügel ein unwillkürliches, erotisches Lächeln nicht unterdrücken. Der alte *v. Krafft-Ebing*

hat es schon erkannt und an einem reichen Material belegen können, daß solche sog. religiösen Impulse sehr oft auf masochistische Triebe zurückzuführen seien, und tatsächlich fiel es mir leicht, der Patientin die perverse Natur ihrer Impulse plausibel zu machen. Ich fragte sie, ob und welche Vorstellungen sie sich über den Sexualverkehr gemacht hätte, und erfuhr zu meinem nicht geringen Erstaunen, daß sie auch jetzt, als 22jähriges, über und über erotisches, hysterisches Mädchen, keine rechten Vorstellungen darüber habe, obgleich sie schon als Kind dem Coitus der Eltern hatte zuschauen können. Klar war ihr nur, daß beim Geschlechtsverkehr der Mann die Frau am Unterleib irgendwie quäle, wobei er ihr vorher gegen deren Willen die Kleider abreiße. Soweit hatte sie als Kind die Vorgänge begriffen. Als Erwachsene hatte sie sich immer scheu geflüchtet, wenn der Vater ohne Rücksicht auf ihre Gegenwart die Mutter zum geschlechtlichen Verkehr aufforderte bzw. zwang. Dabei erinnert sie sich deutlich, daß sie schon als Kind in eine angstvolle Erregung geriet, die nachher bei ihrer Rückkehr aus der Waisenanstalt ins Elternhaus eine deutliche sexuelle Note annahm. So bildete sich eine feste Koppelung zwischen Schmerzerleiden und Sexualerregung, so daß bei Auftreten des einen Faktors der andere mit geweckt wurde. Verf. nahm sich auch die Mühe, ihr eine halb poetische, aber objektiv richtige Darstellung vom Geschlechtsverkehr zu geben, und als er sie am nächsten Tage fragte, wie sie seine Mitteilung aufgefaßt habe, bekam er eine nette vernünftige Antwort. Sie zeigte in ihrer ganzen Art eine deutliche größere innere Freiheit. Seit jener Zeit — 26. VII. 1926 — äußerte sie keine masochistischen Impulse mehr, und eine diesbezügliche Anspielung wurde etwas hochnäsig abgelehnt. Das wäre ja schon lange vorbei.

Fassen wir kurz zusammen, so kann wohl mit gutem Recht gesagt werden, daß zwischen Masochismus und Hysterie eine Wechselwirkung stattfand, obgleich beide auf ganz verschiedene Bedingungen zurückzuführen sind. Es ist auch sehr gut denkbar, daß die Schwester neben den aggressiven auch, wie es ja so häufig vorkommt, masochistische Züge aufweist. Deswegen brauchte sie aber nicht hysterisch zu erkranken. Als aber bei unserer Patientin noch Hysterie ausbrach, wurde diese durch die masochistischen Impulse sehr verstärkt, was eine Intensivierung der Sexualscheu zur Folge hatte. Diese, die als eine Folge von „Verdrängung“ anzusehen ist, ist wiederum als Grundlage sowohl ihres hysterischen Erbrechens als ihrer Anfälle und Dämmerzustände anzusehen, während die Magenschmerzen wahrscheinlich eine andere Erklärung finden. Infolge der Sexualscheu wurde in der Patientin eine ungeheure masochistisch-sexuelle Spannung erzeugt, die von Zeit zu Zeit sich irgendwie entladen mußte. Da das bewußte Ich der Patientin sich gegen die binnenbewußten Regungen aufs heftigste sträubte, darf man wohl in den hysterischen Anfällen, in denen Sexualszenen erlebt wurden, und in den sehr wenig verhüllten Träumen eine Art Selbstdarstellung des Binnenlebens der Patientin sehen, das sich im wachen Zustande infolge der von der Sexualscheu ausgehenden Hemmungen nicht zeigen konnte. Diese *Hypothese* wurde auch durch den Verlauf der Behandlung, soweit sich eine Hypothese überhaupt erhärten läßt, bestätigt. Mit der Aufdeckung des Zusammenhanges zwischen Binnenleben und Symptomen verschwanden die Anfälle, abgesehen von einer kurzen Rückfallperiode, völlig, ebenso die hysterische Amblyopie. Seit ungefähr 12 Wochen ist die Patientin fast völlig symptomfrei und hat nur starke Menstruationsbeschwerden, die sicher auch eine Folge ihres infantilen Habitus sind und auf Atropin gut reagieren. Nach Abbruch der analytischen Behandlung trat allerdings eine etwa 8 Tage lang anhaltende Verschlimmerung ein. Sie äußerte unbestimmte Beschwerden, ihr sei so schwer, sie könne nicht schlafen, und ähnliches. Als sie auch in der Arbeit sehr nachzulassen anfing, behandelte ich sie diesmal nach *Kaufmann*, indem ich sie mit aller mir zur Verfügung stehenden

Kraft anbrüllte und ihr den Entzug ihrer Vergünstigungen androhte. Diese Sitzung, die höchstens 20 Min. dauerte, hatte das Verschwinden sämtlicher Beschwerden zur Folge. Ich habe die leicht begründbare Überzeugung, daß, wenn ich diese Methode früher angewandt hätte, der Erfolg ein entgegengesetzter gewesen wäre. Seit jener Zeit hat die Patientin das Gefühl, daß sie gesund ist, und daß sie auch dann, wenn sie jetzt nach Hause käme, keine Anfälle mehr bekommen würde. Ob das auch der Fall sein wird, ist eine andere Frage. Jedenfalls wäre es ein schwerer Kunstfehler, diesen Versuch zu machen. Es wäre ebenso, als wenn man etwa einem Alkoholiker nach der Entlassung die Leitung einer Schankhauswirtschaft übergeben wollte. Seit ihrem 10. Lebensjahr ist Patientin hysterisch krank, solange sie zu Hause ist, und zeigt mit dem Verlassen des Elternhauses eine Besserung. Wenn ihre Symptome auch in den verschiedenen Anstalten nicht verschwanden, so ist das darauf zurückzuführen, daß die verheerenden Erlebnisse des Elternhauses im Binnenleben fortwirkten, eine Tendenz zur Stabilisierung zeigten und sich auf Gebiete übertrugen, die nicht mehr mit dem dortigen Erleben zusammenhingen. Erst mit der Aufhebung des Binnenlebens, mit dem schrittweisen Vertrautwerden mit ihm und dem langsamen Erstarken des Ichbewußtseins konnte eine — wenn auch vorläufig noch labile psychische Harmonie hergestellt werden. Mit der Beseitigung ihrer gröbsten Sexualscheu und dem damit verbundenen Bewußtwerden ihres Masochismus, der Auflösung dieser perversen Triebrichtung, die wiederum eine weitere Schwächung der Sexualscheu zur Folge hatte — es gibt auch einen circulus felix —, konnte sich eine Wendung zur Heilung zeigen.

Ein wesentlich anderes Bild stellt der Fall C. dar:

Es handelt sich um eine 45jährige Frau aus gebildeter Familie. Der Vater war getaufter deutscher Jude, dem infolge seiner Verdienste auf künstlerischem Gebiet von einer größeren Stadt der Ostschweiz das Ehrenbürgerrecht verliehen worden war. Die Mutter war eine strenge Katholikin, die es bei der Religionslosigkeit des Vaters durchgesetzt hatte, die Kinder katholisch zu erziehen, ohne aber ihr Ziel recht erreicht zu haben. Die Zwiespältigkeit in der religiösen Einstellung der Eltern wirkte nicht günstig. Die Mutter scheint auch recht nervös gewesen zu sein, eine Schwester von ihr starb in der Heilanstalt Königsfelden. Der Großvater mütterlicherseits war Epileptiker. Der Vater scheint dagegen nach ihren Schilderungen ein sehr milder, freundlicher Herr gewesen zu sein, und in seiner Familie sollen keine Geisteskrankheiten usw. vorgekommen sein. Sie hängt sehr an ihm wie auch an ihren Brüdern, von denen der eine an progressiver Paralyse gestorben ist. Sie war im Jahre 1902 3 Wochen, im Jahre 1919 2 Wochen und im Jahre 1925 6 Wochen im Asyl, jedesmal wegen hysterischer Aufregungszustände. Während die beiden ersten Male an der Diagnose Hysterie nicht gezweifelt wurde, legte sich beim 3. Mal der einliefernde Arzt mit Recht die Frage vor, ob man nicht neben der Hysterie von einer Schizophrenie sprechen müsse, bzw. ob es sich nicht einfach um eine solche handle. Diese Fragestellung wurde durch das Benehmen der Patientin nahegelegt. Sie war zuerst 8 Wochen wegen Schlaflosigkeit, Erschöpfung, infolge ihrer faktischen Überarbeitung in ihrem Beruf als Krankenschwester, im Bürgerspital ihres Wohnortes; dort ging es immer weiter bergab mit ihr. Sie bekam in der Nacht furchtbare Schreikrämpfe, die die Anstaltsleitung nötigten, sie ins Kantonsspital zu verlegen. Der Bericht des einliefernden Anstaltsarztes lautet: „Patientin kam in einem starken Aufregungszustand aus dem Bürgerspital zu uns, beruhigte sich zeitweise und begann dann plötzlich zu rufen und schreien, probierte von hier aus ins Bürgerspital zu entrinnen, weil sie mit der Hilfswärterin angeblich nicht auskam. Heute früh entwischte sie halb angekleidet in der Nacht ohne Schuhe und Strümpfe, sprang im

Regen herum, und, wieder zurückgeholt, schrie und lärmte sie unaufhörlich. Nachdem sie heute wieder versuchte, fortzuspringen und vor einigen Tagen den Versuch gemacht hatte, sich mit Mo. zu vergiften, schicken wir Patientin als Notfall nach Wil." Auf dem Wege zur Anstalt war sie ungeheuer lärmend, suchte aus dem Auto zu springen, so daß die begleitende Krankenschwester Gott dankte, als sie ihr Ziel glücklich erreichten. Als ich zur Aufnahme geholt wurde, trat ich einer äußerst abgemagerten, wild um sich blickenden, sich krampfhaft an die Krankenpflegerin haltenden Frau mit zerzaustem wirren Haar entgegen. Der erste Gesamteindruck war der einer vollentwickelten manischen Psychose, so daß ich die Pflegerin fragte, ob es überhaupt möglich sei, mit ihr augenblicklich in Kontakt zu treten. Das erste, was mir die Patientin in kreischendem Tone entgegenschrie, war, daß sie nicht gewöhnt sei, auf einem Kissen mit buntem Überzug zu schlafen, und daß sie nur dann hier bleiben könne, wenn ich ihr, trotzdem sie allgemeiner Klasse sei, einen weißen Kissenbezug verspreche. Es war nicht ganz leicht, bei dieser grotesken Situation den vollen Ernst zu bewahren. Jedenfalls beschloß ich nach einer Unterhaltung von ca. 20 Min., sie, gegen die Bedenken der Oberwärterin, in einen ruhigen Wachsaal zu verlegen, auf die Gefahr hin, sie in der Nacht umdislozieren zu müssen. Aus dem Bericht der Pflegerin und der Patientin hatte ich entnommen, daß sie in den letzten 8 Wochen infolge der ungeheuren Lärmszenen fast ununterbrochen durch Hypnotica wie Somnifen, Dial und Morphium-Scopolamin beruhigt wurde. Sie zeigte einen äußerst starken Tremor der oberen Extremitäten, und ihr Gang war von einer Ataxie, die an eine organische Störung denken ließ. Ohne sich an eine Wärterin zu stützen, konnte sie angeblich nicht gehen. Die Pflegerin meinte in ihrer Gegenwart, daß es ohne Schlafmittel einfach nicht gehe, und die Patientin fing flehentlich zu bitten an, ihr doch eine starke Injektion zu machen, damit sie einmal gründlich ausschlafen könne, sonst könne sie nicht garantieren, daß es ohne Lärm in der Nacht abgehen werde. Es stellte sich bei mir die nicht leicht zu begründende Überzeugung ein, daß ein Teil der Erscheinungen auf eine Schlafmittelintoxikation zurückzuführen sei, und so beschloß ich, brüsk mit diesem Mittel auszusetzen und durch Suggestion die der Patientin so notwendige Ruhe zu erzielen. Im Grunde war die Patientin erschöpft, das Schreien und Lärmen machte einen automatischen Eindruck, als wenn der Mechanismus willenlos der noch vorhandenen, aber fast erschöpften Triebkraft gehorchte. Hier schien nur ein tiefer Schlaf, nicht aber eine Schlafmittelbetäubung, die gar kein eigentlicher Schlaf, sondern, nach Ansicht vieler Autoren, eine bis zur Ausscheidung des Giftes anhaltende Narkose sein soll, von therapeutischem Nutzen zu sein. Infolge der intellektuellen Erschöpfung fiel eine Hypnose nicht schwer. Die Patientin soll nach den Angaben der Nachtwache ruhig gewesen sein und scheinbar geschlafen haben; nach ihrem eigenen Bericht hätte sie nicht geschlafen, sondern wäre wach gewesen, hätte aber doch eine eigentümliche Müdigkeit verspürt. Das Streicheln von seiten des Arztes und die monotone, beruhigende Zusicherung, daß ihre Nerven sich schon „glätten" werden, hätten sie beruhigt; geschlafen habe sie aber nicht, sondern so dahingedämmert. Sie sah auch bei der Morgenvisite nicht mehr so zerfallen aus, wenn auch noch ihre Schrift, ihr Gang und ihre Haltung von einer erschreckenden Zerfahrenheit und inneren Haltlosigkeit sprachen. Ihre Stimme erinnerte an die eines unerzogenen verhätschelten tyrannischen Kindes, was auch von der begleitenden Oberwärterin selbständig konstatiert wurde. Sie war beim Waschen halbangekleidet, und ich forderte sie auf, sich völlig zu entkleiden, da ich sie körperlich untersuchen müsse. Darauf begann ein endloses, erotisches Getue und Geziere, ein Nichtfertigwerden mit den Bändern und Knöpfen, so daß ich sie endlich fragte, ob sie denn glaube, daß meine Zeit nur ihr gehöre. Als darauf das halb erotische,

halb ungezogene Spiel von ihr fortgesetzt wurde, rief ich 2 Wärterinnen herbei und befahl in barschestem Tone, sie zu entkleiden und ins Bett zu legen, und zwar so schnell als möglich, und wenn auch alle Bänder und Knöpfe dabei zerreißen sollten. Als sie dann entkleidet im Bett lag, hielten die Wärterinnen sie auf meine Anordnung fest, wobei ich ihnen sagte, sie sollen ja keine Rücksicht darauf nehmen, ob blaue Flecke an den Armen sich zeigen werden oder nicht, die Patientin habe es ja nicht nötig, sich so zu sträuben. In durchaus verändertem Tone rief sie mir zu: „Warum denn so grob", daran sei sie denn doch nicht gewöhnt. Im Kantonsspital wäre Fräulein Doktor so lieb gewesen. Meine Antwort: „Das scheint Ihnen aber gar nicht gut bekommen zu haben", löste, für mich unerwartet, bei der Patientin ein Lachen aus und sie erklärte in einem annehmbaren Tone, sich von mir untersuchen zu lassen. Die sich während der Untersuchung entwickelte Unterhaltung währte volle 2 Stunden, durch die ich die wichtigsten anamnestischen Daten eruieren konnte. Sie sprach noch ataktisch, verlor oft den Faden, wie es uns geht, wenn wir schlaftrunken sind und dennoch einen Gedankengang zu Ende führen wollen, aber doch wie ein Mensch, der neben dem hysterischen Geschrei und Gejammer, Sinn und Verständnis für Stil und sachliche Schlichtheit durchschimmern ließ. Als ich sie verließ, war sie geistig total erschöpft, so daß ich ihr für den Nachmittag eine Beruhigungssuggestion gab, die auch sofort angenommen wurde. Schlaf hatte ich mit Rücksicht auf die Nacht ausdrücklich untersagt, da ich die eigentliche Schlafsuggestion für die Abendvisite versparen wollte. Den Wärterinnen legte ich größte Rücksichtnahme der Patientin gegenüber ans Herz und betonte ausdrücklich, daß sie es unterlassen sollten, bei evtl. eintretender Unruhe die Patientin etwa in der von mir heute angewandten barschen Weise zu beruhigen; im Notfall sollten sie mich holen. Schlechte Erfahrungen haben mich gelehrt, diese Vorsichtsmaßregeln zu treffen. Ätiologisch ist zu bemerken, daß bisher die hysterischen Erscheinungen der Patientin im Anschluß an eine seelisch und körperlich erschöpfende Arbeitsperiode auftraten. Dem letzten Ausbruch gingen sehr deprimierende Erlebnisse in ihrem Krankenpflegeberuf, verbunden mit aufreibender Nachtwache, dann ein von vornherein zum Scheitern verurteilter Versuch, sich ihrem geschiedenen Manne wieder zu nähern, Zerwürfnisse deswegen mit der Oberin ihrer Schwesternorganisation, Scham vor sich selbst, das Gefühl der völligen Kraftlosigkeit und Verlassenheit voraus und riefen in ihr das Bewußtsein ihrer absoluten Lebensuntauglichkeit hervor. Sie sehnte sich nach Ruhe und Vergessen und ließ sich von einer Bekannten gern ins Bürgerspital bringen, wo sie aber weder Vergessen noch Ruhe fand, sondern sich in ewigen Selbstvorwürfen erging, daß sie sich vor ihrem geschiedenen Manne so habe erniedrigen können. Diese nicht gesühnte Kränkung, die nach ihrem Empfinden nur das Endglied einer unendlichen Reihe von Kränkungen während der Ehe darstellte, ließen sie die Ruhe nicht finden. Ihr gereifter Intellekt war durch die erschöpfenden Erlebnisse geschwächt und war nicht imstande, die nötigen Hemmungen aufrechtzuerhalten. So machten sich alle die beschämenden und unkompensierten Impressionen in toller Weise Luft. Sie schrie, strampelte mit den Beinen wie ein ungezogenes Kind, ließ sich gehen, wollte nicht essen, versuchte sich das Leben zu nehmen, schlug, in die Einzelzelle des Kantonsspitales gebracht, dauernd mit dem Kopf gegen die Wand — was alles zur Folge hatte, daß sie bei ihrem Eintritt ins Asyl 82 Pfund wog — in den letzten 8 Wochen hatte sie ca. 25 Pfund verloren. Es gilt jetzt zwar fast als Banalität, daß seelische Krankheiten durch seelische Einwirkung zu behandeln sind. So wenig wie es rein seelische Krankheiten gibt, so wenig richtig ist die Behauptung. Das therapeutische Procedere war hier ohne weiteres gegeben. Seelische Beruhigung, Entziehung der das geschwächte Zentralnervensystem weiter

zerrüttenden Narkotica, reichliche, ja überreichliche Kost, da eine sehr starke Untergewichtigkeit bestand und *Schlaf*. Ganz abzulehnen war in diesem Falle eine analytische Behandlung. Hier war nichts aus dem Unbewußten auszugraben, wo im Gegenteil das Unbewußte — sowohl das Erotische als das Infantile im gewöhnlichen Wortsinn — sich ungehemmt, wenn auch in anachronistischer (*v. Monakow*) Weise — d. h. in unästhetischer Mischung mit dem geistigen Besitz der reifen Frau — zeigte. Ihre manifesten Äußerungen waren der unmißverständliche Ausdruck ihres enthemmten Infantilismus und ihrer bisher in Schach gehaltenen Erotik. Der Annäherungsversuch an ihren Mann war ein hysterischer Akt, der als Überrumpelung ihres durch seelisch und körperlich aufreibende Tätigkeit geschwächten Intellekts durch ihr bisher in Schach gehaltenes Triebleben aufzufassen ist, das zudem selten starke manifeste masochistische Züge aufwies, die sehr leicht zu eruieren waren. Ihr erotisch-läppisches, kindisches Getue und Geziere beim Auskleiden zwecks der somatischen Untersuchung legten mir den Gedanken an ihren Masochismus nahe. Es gibt verwöhnte und verzogene Kinder, die nicht eher zur Raison zu bringen sind, als bis dem Erzieher die Geduld reißt und er energisch dreinfährt. Es macht auf den Unbeteiligten direkt den Eindruck, als ob sie es darauf anlegten, den Zorn und die Strafe des Erziehers heraufzubeschwören, so daß schon manche Mütter zu sagen pflegen: Ohne Stock scheint's bei dir nicht zu gehen. Genau diesen Eindruck machte auch die Patientin. Es lag nahe, daran zu denken, daß, falls sie überhaupt onaniere, sie es unter masochistischen Phantasien tue, andererseits mußte man darauf gefaßt sein, zur Zeit, wo sie überhaupt ernstlich verhandlungsfähig sein würde, bei ihrer geistigen Kultur von ihr eine ableugnende Antwort zu erhalten. Diese beiden Vermutungen trafen zu. Sie weigerte sich, über ihr sexuelles Phantasieleben und die Modi ihres geschlechtslichen Verkehrs Auskunft zu geben, behauptete überhaupt nicht zu onanieren und mit ihrem Manne normal verkehrt zu haben. Sie war verständig, hielt auf Grund ihrer 20jährigen Erfahrung als Krankenschwester meine Fragen für sehr berechtigt — meinte aber achselzuckend, ich sei halt auf falscher Fährte. Mir blieb unter den Umständen nichts anderes übrig, als in Ruhe die Entwicklung abzuwarten. Nun, ich brauchte nicht lange zu warten. Schon am nächsten Tage erklärte sie mir, ich hätte richtig vermutet, sie onaniere auch jetzt täglich mehrere Male, worauf sie, vielleicht mit Recht, ihren Tremor zurückführt und als Onaniephantasien gibt sie Schlagephantasien an, wobei sie der passive Teil und ein Mann der aktive Teil sei. Sie wiederholte in ihrer Phantasie Prügelszenen, denen sie als Kind bis zu ihrem 14. Jahre von seiten des alten Dienstmädchens, die sie schon seit ihrer Jugend betreut hatte, da die Mutter zur Pflege der Kinder zu nervös war, als erleidender Teil ausgesetzt war. Sie meinte, ihre Eltern, vor allem der Vater, wäre sehr gegen diese Art Pädagogik gewesen, aber er hätte gegen die alte treue und unentbehrliche Haustyrannin nicht aufkommen können. Als sie eine Zeitlang als 25jähriges Mädchen verlobt war, hätte sie täglich mit ihrem Bräutigam masochistische Spiele getrieben, die sich in Form von Lehrer-Schülerin-Spielen und darauf erfolgender Züchtigung wiederholten. Es fiel ihr zwar schwer, die Angaben zu machen, sie beruhigte sich aber sehr bald, als ich ihr einen Aufsatz von *Freud* zeigte, aus dem hervorgeht, daß ihre Phantasien etwas sehr Häufiges seien. Sie bat mich aber doch inständig, nichts davon in die Krankengeschichte zu schreiben. Sie hätte noch nie jemand von ihrem Phantasieleben erzählt, außer dem erwähnten Bräutigam, der sie sehr gut verstanden hätte. Der geschlechtliche Verkehr mit ihrem geschiedenen Mann hätte sich in normaler Form abgespielt, sie sei aber von ihm nie recht befriedigt worden, was aber nicht nur auf ihre masochistischen Züge, sondern auf den großen Kulturunterschied, der zwischen ihr und ihrem Mann bestand, zurückzuführen ist. Sie

war schon meistens durch die ungepflegte Art seines Essens usw. abgestoßen. Die weitere Behandlung gestaltete sich nach anfänglichen Störungen durch eine eifersüchtige Mitpatientin ziemlich glatt. Bei ihrer Entlassung nach 7 Wochen hatte sie 23 Pfund zugenommen und hat sich, wie aus ihren Briefen an mich hervorgeht, trotz schwerer Pflegetätigkeit sehr gut gehalten. Ihr Stil ist schlicht und echt; es fehlt ihm auch jede Exzentrizität. Vergleicht man ihre jetzigen Briefe mit denen zur Anfangszeit ihres hiesigen Aufenthaltes, so kann man sehen, wie auch ihr Charakter sich unter dem Einfluß ihrer seelischen Gesundung gewandelt hat oder richtiger: seine ursprüngliche durch die Krankheit gestörte Struktur zurückgewonnen hat. Der bewußt masochistische Zug, der keineswegs als Ursache ihrer Hysterie anzusprechen ist, wirkte aber doch auf die Intensität und die Form ihrer hysterischen Symptome, die ihrerseits infolge der Übung auf die Mechanisierung der perversen Impulse zurückwirkten. Die ernste Besprechung des Sachverhaltes beseitigte zwar keineswegs die masochistischen Impulse, — dazu hatten sie bei der 45jährigen Frau zu tiefe Wurzel gefaßt, sie hatten eine Disposition mit einer starken Eigenenergie geschaffen, dennoch wirkte die eindringende Einsicht in den Zusammenhang zwischen ihrer Algolagnie und den hysterischen Symptomen als Hemmschuh für die Entwicklung derselben. Sie brachte weder ein Beinestrampeln, eine nächtliche Lärmszene, ja nicht zumal ein Erbrechen fertig, als ich ihr einmal infolge ihrer ungerechtfertigten Vorwürfe betreffs der erwähnten Rivalin heftige Vorhaltungen machte. Nach 4—5 Wochen stellte sich unter dem Einfluß der täglichen, eingehenden Besprechungen das Gefühl ein, sie würde, wenn sie es auch wollte, selbst unter den ungünstigsten Bedingungen nicht mehr imstande sein, ihre infantilen Symptome zu produzieren. Sie werde beim Denken an ihr Benehmen vor 5—6 Wochen oft feuerrot, auch wenn sie allein sei, und könne es eigentlich nicht verstehen, wie sie sich so habe gehen lassen. Dieses Gefühl hat sie bisher nicht getäuscht. Mit voller Absicht hatte ich es vermieden, nach ihren „Komplexen" zu forschen, mir schien das völlig sinnlos, sie hatten sich ja auf der Höhe der Krankheit in aller Nacktheit gezeigt und sie waren ihr auch sonst voll und ganz bewußt. Das jetzige psychotherapeutische Prinzip konnte nur lauten: Intellektueller und ethischer Aufbau und nicht Aufhebung des Unbewußten. Als ich sie zu Anfang der Behandlung eines Tages in voller Ermattung im Bett fand und sie sich immer wieder ihre letzte Erniedrigung vor ihrem geschiedenen Manne und ihre Lebensunfähigkeit vorwarf, holte ich *Goethes* Faust und las ihr folgende Stelle daraus vor: „Die ihr dies Haupt umschwebt im luftgen Kreise, erzeigt euch hier nach edler Elfen Weise, besänftiget des Herzens grimmen Strauß, entfernt des Vorwurfs glühend bittre Pfeile, sein Innres reinigt vom erlebten Graus usw.". Diese Lektüre, die ich etwa 20 Min. fortsetzte, um daran naheliegende Betrachtungen zu knüpfen, hatte auf die Patientin die beste Wirkung, die sich in der Folgezeit teils durch eigene, teils durch gemeinsame Lektüre auch aus anderen Dichtern und sich daran anschließenden Besprechungen immer mehr vertiefte. Sie lenkte sich durch diese Betätigung, zu der sie, *sich selbst überlassen, nicht fähig gewesen wäre*, ab, und gewann so ihre Persönlichkeit, ihr Selbstvertrauen wieder. In der Folgezeit — nach ihrer Behandlung sind $^5/_4$ Jahre vergangen — hat sie denn auch bewiesen, daß sie ihrer schweren Berufsarbeit in vollem Umfange und ohne Rückfall gewachsen war.

Wir schließen gleich den folgenden Fall an:

Die Patientin B. zeigt durchaus ähnliche Symptome wie C. Sie ist eine 31jährige Frau, die fast Jahr für Jahr nach einer Periode körperlicher und seelischer Überanstrengung Schreikrämpfe bekommt, zu denen sich noch unstillbares Erbrechen bzw. Durchfälle und ein äußerst quälender juckender Hautausschlag gesellt. Zu gleicher Zeit macht sich bei ihr ein Infantilismus und eine

ungezügelte Erotik geltend, die sich über alle ethischen und kulturellen Schranken hinwegsetzt.

Als ich der Patientin zum erstenmal entgegentrat, machte sie den vollendeten Eindruck einer hysterischen Prostituierten 2. Ranges, so daß ich dem Direktor gegenüber einige Male den Ausdruck „gemeine Dirnennatur" brauchte. Jedes Schamgefühl schien erloschen; in Gegenwart der Wärterin schrie sie mit gellender Stimme, was für ein Lappi ihr Mann sei, wie alle Ärzte ihr zu Füßen liegen, entblößte sich unaufgefordert und legte sich absichtlich so hin, daß ihre Nates und Vulva zu sehen waren, strampelte mit den Beinen, wies kokett auf ihre Operationsnarbe hin, mit dem Bemerken, sie sei sterilisiert, ein Verkehr mit ihr könne für niemand irgendwelche Folgen haben. Sie versuchte auch tätliche erotische Annäherungen. Ihre Stimme war von tiefster Unästhetik, kindisch laut, schreiend, wie man es bei betrunkenen imbezillen Prostituierten findet. Dabei war sie die Tochter einer bäuerlichen, ehrsamen Familie, in der es wohl viele Verschrobene und Selbstmörder gab, aber soweit bisher eruierbar, keine moralisch Minderwertigen. Sie ist jetzt mit einem tüchtigen Elektriker verheiratet, ist Mutter von 2 Kindern und hat bis zum Ausbruch der Schreikrämpfe ohne Mädchen ein Familienhaus von 8 Zimmern ausgezeichnet besorgt, im Laden mitgeholfen und die gesamte deutsche Korrespondenz des Mannes erledigt, und all das zur vollen Zufriedenheit des Mannes und ihrer Mutter, die eine sehr energische Frau zu sein scheint. Sie war von einer Privatanstalt mit der Diagnose Hysterie evtl. Hebephrenie gekommen, wobei noch bemerkt wurde, daß sie in letzter Zeit oft mit Selbstmord gedroht habe. Die mitgeschickte Krankengeschichte bestätigte in vollem Ausmaße die geschilderten ersten Eindrücke. Daß es sich „nur" um eine Hysterie handle, schien mir doch nach der ersten ausführlichen Unterhaltung, die sich an die geschilderten erotischen Szenen anschloß, sicher zu sein. Der Kontakt war doch relativ leicht herzustellen gewesen. Selbst einer ernsten Darlegung ihres krankhaften Zustandes war sie trotz des funktionellen Zerfalls ihrer Persönlichkeit zu folgen imstande gewesen. Trotz der Mitteilung über ihre Selbstmorddrohungen und nächtlichen Störungen beschloß ich, sie schon am 2. Tage in ein ruhiges Haus zu nehmen und in ein ungeschütztes Einzelzimmer zu legen. Ihr Interesse für die in Aussicht gestellte Behandlung war geweckt, sie versprach ihr Bestes, wenn sie sich auch noch recht laut, läppisch und lustig, in Form einer etwas übergeschnappten Variété-Schauspielerin benahm, und war zwar anfangs nicht für Somnambulhypnose, so doch für Beruhigungssuggestion empfänglich. Gleich in der 1. Nacht ihres Aufenthaltes im ruhigen Hause wurde ich um $9^1/_2$ Uhr, also zur Zeit, wo die meisten schon schlafen, von der Wärterin zur Patientin gerufen. Ich traf sie mit heraushängendem Kopf im Bett liegend und „Papa, Papa" rufend. Als ich mich ihr näherte, wollte sie mich umarmen und schrie immer wieder „Papa, Papa". Auf meine Frage, was ihr denn fehle, erwiderte sie: „Ich habe so bang, ich möchte meinen Mann hier haben, ich nenne ihn immer Papa", und dabei versuchte sie mich nochmals zu umarmen, wobei sie ihre Paparufe fortsetzte. Um Aufsehen möglichst zu vermeiden, ergriff ich sie fest an beiden Oberarmen, legte sie abrupt im Bett zurecht, so daß ihr Kopf aufs Kissen zu liegen kam, hielt sie unter Anwendung aller meiner Kraft im Bett in dieser Stellung fest und sagte ihr, sie solle jetzt sofort stille sein, ansonst sie wieder ins unruhige Haus käme. Die anfängliche Reaktion war, daß sie rief, sie lasse sich nicht mißhandeln, sie werde sich beim Direktor über mich beklagen: als ich darauf weggehen wollte, um der Wärterin den Auftrag zu geben, sie ins unruhige Haus zu bringen, rief sie mich zurück, bat für ihr kindisches Benehmen um Verzeihung und versprach ruhig zu sein. Eine ähnliche Szene wiederholte sich in der übernächsten Nacht um 1 Uhr, um welche Zeit ich von der Wärterin geweckt wurde,

ich solle sofort zur Patientin kommen, sie sei so unruhig, der ganze Saal werde sonst noch wach werden. Ich kam aber nicht herunter, sondern ordnete an, ihr auszurichten, daß sie sofort, ohne daß ich vorher angefragt werde, ins unruhige Haus gebracht werde, falls sie noch einmal, sei es heute oder sonst wann, in der Nacht Lärm mache. Die Patientin hatte mir nämlich tags vorher erzählt, daß in der Privatanstalt der Arzt Nacht für Nacht um 2 Uhr geholt werden mußte, um ihr durchdringendes Lärmen durch eine Spritze zu beruhigen und hatte noch lachend hinzugefügt: „Ich konnte ja mit ihnen machen, was ich wollte, im schlimmsten Falle gab es eine schwarze Spritze (nach dem Bericht der Krankengeschichte Apomorphin) und dann erbrach ich halt, aber das fällt mir ja leicht, ich kann an einem Tage 20mal erbrechen, ohne daß es mir etwas macht.“ Ich tat ihr nun nicht den Gefallen, sie nachts um 1 Uhr zu besuchen, sondern ordnete derart, daß sie an dem Ernst der Drohung nicht weiter zweifeln konnte, ihre eventuelle Versetzung ins unruhige Haus an. Seit jener Zeit ist eine nächtliche Störung nicht gemeldet worden. Zu bemerken ist jedoch, daß durch dieses schroffe Verfahren ein Erfolg nicht sobald erzielt worden wäre, wenn nicht am Tage die Besprechungen stattgefunden hätten. Diese erstreckten sich einmal auf die genaue Aufnahme der Anamnese. Vor allem aber versuchte ich in ihr eine Vorstellung davon zu erwecken, welchen Eindruck ihr psychischer Habitus jetzt mache und wie sie bei ihren Fähigkeiten und sonstigen Eigenschaften sein könnte, wenn sie wieder gesund werde. Dieses konnte ich mir bis zum gewissen Grade aus der mitgekommenen Krankengeschichte rekonstruieren, in der sich glaubwürdige Angaben ihres Mannes und ihrer Mutter über ihre hausfraulichen und ehelichen Fähigkeiten fanden, die sie zeitweise in schönster Weise gezeigt hatte. Diese Eigenschaften standen mit ihrem gegenwärtigen Benehmen in einem solch schreienden Kontrast, daß die Schilderungen des Mannes direkt unglaublich klangen. Bei eingehender Aussprache mit der Patientin, auch während ihrer schlimmsten Zeit, schimmerten die genannten Eigenschaften sozusagen als Fragmente durch ihr hysterisch-erotisches Getue durch. Die Aufgabe war, die Fragmente zu stärken und sie gegen den enthemmten Infantilismus auszuspielen. Das war von Anfang deswegen so erschwert, weil sie intellektuell äußerst leicht ermüdbar war. Während sie zu gleicher Zeit wie ein kleines Kind weinen, singen, lachen konnte ohne Zeichen von Ermüdung zu zeigen, hörte sie wohl ernsten Auseinandersetzungen gern zu, machte aber nach höchstens 20 Min. einen übermüdeten Eindruck. Die allgemeine nervöse Erregung schien gebannt, eine gewisse Gleichgültigkeit eines übermüdeten, sich aber mit Mühe zusammennehmenden Menschen trat in Erscheinung, verbunden mit einem starken Bedürfnis nach Ruhe, die auch in der Mittagspause, während welcher Zeit sie sich hinlegen durfte, eintrat, wodurch sie sich sehr gestärkt fühlte. Ihrer relativ geringen geistigen Kultur wegen unterließ ich es, anders als durch Besprechungen und durch eine nicht übermäßige, aber möglichst geregelte Tätigkeit im Hause auf ihren geschwächten Intellekt einzuwirken. Sie wurde anfangs unter Zuhilfenahme von Belohnung und Strafe, worauf wir bei der Einflußnahme auf infantil gewordene Hysteriker so wenig wie in der normalen Pädagogik verzichten können, angehalten, des Vormittags sich mit Aufwischen, Blochen usw., d. h. mit all dem, woran sie auch zu Hause gewöhnt war, und nachmittags mit Handarbeiten zu beschäftigen. Die ersten 8 Tage erhielt sie noch Schlafsuggestion, im Laufe der Zeit stellte sich der Schlaf von selbst ein. In den nächsten Wochen gab es reichlich Rückfälle, doch war eine für alle sichtbare Besserung zu konstatieren, die sich sowohl auf intellektuellem und moralischem Gebiete zeigte. Ihre zerfahrene Handschrift bekam mehr Gleichmäßigkeit; ihr zu Anfang ihres Hierseins hebephren-läppischer Stil wurde natürlicher und leserlicher und ihre Beziehungen zur Umwelt begannen einen mehr

reservierten Charakter anzunehmen. Während sie zu Anfang ihres Hierseins sämtliche Wärterinnen und Patientinnen duzte, mit allen Freundschaft schloß, ein paar Patientinnen als Dienstmädchen für ihr Haus in X. engagierte und sich mit störrischen Patientinnen ohne Rücksicht auf ihre Geisteskrankheit in heftigen Wortwechsel einließ, wobei ihr das gegenseitige „Du" das Natürlichste schien, kam sie eines Tages zu mir mit Tränen, die Wärterinnen und Patienten duzen sie, das kränke sie, sie wäre ja nicht eine von der Straße. Mit aller mir zur Verfügung stehenden Ironie und Höflichkeit erwiderte ich etwa: Meine Allergnädigste, soweit ich mich erinnere, sind Sie es gewesen, die, mit Ausnahme meiner Wenigkeit, alle Leute mit Du angeredet haben. Sie brauchen sich also der kollegialen Erwiderung gar nicht zu wundern. Wer sich wie eine Prostituierte 2. Ranges benimmt, wird auch so behandelt. Ich sage ja nicht, daß *Sie es sind*, aber benommen haben Sie sich so. Doch will ich gern den Wärterinnen sagen, sie sollen Sie mit Sie anreden, mit den Patientinnen müssen Sie aber schon selber fertig werden. Zeigen Sie, daß Sie eine würdige Frau sind und man wird sie nach Gebühr behandeln. Als sie auf diese Bemerkungen mit einem Gemaule erwidern wollte, bat ich sie sehr energisch, mich nicht länger zu stören und lieber über das Gesagte nachzudenken. Jetzt ist sie soweit, daß kein Mensch mehr Du zu ihr sagt. Von den Ereignissen, die dem diesmaligen Ausbruch der Hysterie vorausgingen, sei folgendes hervorgehoben: Ihr Mann hatte einen Motorunfall erlitten, der zu einer fieberhaften Infektion des ganzen Armes führte, ihr kleiner Sohn war zweimal in einer Woche aus der Hängematte gefallen, was für sie mit großem Schreck verbunden war, ihre 7jährige Tochter hatte die Nachbarin des Diebstahls beschuldigt, was diese als von der Mutter stammend auffaßte und mit Klage drohte. Neben der aufreibenden Pflege des Mannes mußte ohne Mädchen ein Haus von 8 Zimmern mit Garten besorgt und die deutsche Korrespondenz erledigt werden. Sechs Wochen ging es so, dann traten im Anschluß an eifersüchtige, in diesem speziellen Fall ungerechtfertigte Vorwürfe des Mannes, das erwähnte Erbrechen und die Schreikrämpfe auf und im Verlaufe von 8 Tagen entwickelte sich der so erschreckende funktionelle Zerfall der Persönlichkeit. All diese Erlebnisse erklären aber eher eine Neurasthenie als eine Hysterie. Das spezifisch-hysterogene Moment scheint mir in diesem Falle im Sexualleben der Patientin zu liegen. Während der 8 Jahre ihres Ehelebens war sie fast volle 6 Jahre von ihrem Manne getrennt, der beruflich viel auf Reisen war, und selbst wenn zu Hause, war er von seiner schweren Berufsarbeit so müde, daß es nur selten zur sexuellen Befriedigung bei ihr kam. Sie konstatierte aber auch, daß ihr ein normaler geschlechtlicher Verkehr mit ihrem Manne keine rechte Befriedigung bot, während sie durch einen sehr aggressiven Partner, mit dem sie vor einigen Jahren außerehelich verkehrte, in stärksten Orgasmus versetzt wurde. Oft befiel sie eine Wut, ihren Mann bis aufs Blut zu reizen, sie führte sich wie ein ungezogener Gof auf und versetzte ihm sogar, wie er mir bestätigte, einmal Schläge, — was aber alles von ihm mit christlicher Demut getragen wurde. Noch als ihr Mann sie hier kurz nach ihrer Ankunft besuchte, behandelte sie ihn in Gegenwart der Wärterin wie einen Lappi, überschüttete ihn mit Vorwürfen, schrie ihn nieder, als er entgegenen wollte, was er etwas schwächlich über sich ergehen ließ, ein Benehmen, das zu seinem stämmig-männlichen Habitus in krassem Widerspruch stand. Kurz darauf berichtete er mir, in Übereinstimmung mit der Wärterin den Verlauf der Szene und führte in durchaus plausibel erscheinender Weise aus, daß sie auch die liebevollste Mutter und Gattin sein könne, wobei er verschiedene Beispiele anführte. Später sagte ihr dann die Wärterin: „Wenn ich nur ein Zehntel von dem meinem Manne gesagt hätte, was Sie sich heute Ihrem Manne gegenüber geleistet haben, hätte er mir alle Knochen im Leibe zerschlagen." Und

was antwortete die Patientin? „Warum tut er es denn nicht in Gottes Namen? Ich warte ja nur darauf und habe ihn doch schon so oft gebeten, mich ‚auszuhauen', aber er ist ja ein Lappi. Vor meiner Mama fürchtet er sich ja wie ein kleines Kind." Als ich am nächsten Tage diese Angaben der Wärterin der Patientin vorlas, gab sie trotzig zu, so gesprochen zu haben. Es fiel nicht schwer, ihr die masochistischen Züge ihres Sexuallebens nachzuweisen und auch den Zusammenhang zwischen ihren hiesigen Ungezogenheiten und ihrem Masochismus klarzumachen. Tatsache ist, daß sie noch bis zu ihrem 15. Lebensjahr von der scheinbar völlig unbeherrschten Mutter sehr häufig ad nates verprügelt wurde und sie hat auch das Gefühl, daß sie den größten Teil der Prügel provoziert und an ihnen eine eigentümliche Lust hatte; „genau so wie mein Bub", fügt sie in plötzlicher Erkenntnis, hinzu. Während doch die Yvonne das artigste Kind ist, gibt der Max nicht eher Ruhe, als bis ich ihn mit dem Ausklopfer „ausgehauen" habe. „Er hat es wahrscheinlich von mir geerbt. Wenn ich ihm noch so stark auf die Hände haue, nützt es nichts." Die sich an diese Geständnisse anschließenden Gespräche ergaben einen vollendeten Masochismus sowohl auf körperlichem wie geistigem Gebiet. Sie gestand mir auch, daß sie sich mir deswegen fast von Anfang an gefügt habe, weil ich zeitweise mit so rücksichtsloser Barschheit und unverblümter Offenheit aufgetreten sei, fügte aber schnell hinzu: die Hauptsache wären ihr aber doch die Unterhaltungen gewesen, mit Strenge allein macht man sie nur störrischer, das solle sich vor allem ihre Mutter merken. Nachdem ihr Intellekt infolge der vorausgegangenen Erschöpfung die Hemmungen über ihr Triebleben verloren hatte, brach dieses durch die jahrelange Nichtbefriedigung bis zum Platzen in Spannung gebracht, in zügelloser Weise über alle Ufer, riß alle kulturellen und ethischen Hemmungen hinweg und gebärdete sich in der geschilderten Weise. Als ich ihr jetzt die gleich nach ihrem Eintritt gemachten Notizen über ihr sexuelles Gehaben vorlas, wurde sie schamrot und fing zu weinen an, während sie noch vor 3 Wochen der Vergleich mit einer Prostituierten kalt gelassen hatte. Man darf aber nicht glauben, daß diese Stimmung jetzt die vorherrschende war. Noch am selben Abend hörte ich sie Operettenschlager singen und am folgenden Tage gebärdete sie sich recht erotisch. Ich mußte unwillkürlich an eine Novelle von Maupassaut denken, in der geschildert wird, wie Insassinnen eines Bordells durch eine Predigt in der Kirche eines Dorfes, in dem man sie nicht kannte, ehrlich bis zu Tränen gerührt waren, um auf dem Heimweg wieder ganz die Alten zu werden. Ein völliger Rückfall in die Periode einer Prostituierten trat aber doch bei ihr nicht ein. Die wieder auflebenden Hemmungen waren dazu doch schon zu sehr gestärkt und machten dauernd Fortschritte. Es ist daher nichts verkehrter als auf den Charakter eines Menschen Schlüsse zu ziehen, während er hysterische Symptome zeigt, was aber in fast allen Lehrbüchern ohne Ausnahme geschieht. Der Satz *Platos*, daß die besseren Menschen im Traum oft das erleben, was die schlechten im Wachen tun, läßt sich auch mit einer geringen Variation auf die Hysteriker anwenden. Aus derselben Quelle, aus der der Masochismus der Patientin stammte, floß auch eine Eigenschaft, die wir vielleicht als das Bedürfnis nach restloser Hingabe bezeichnen können. Als ich mit ihr eines Tages eine längere Besprechung gehabt hatte, fing sie plötzlich an, in meinem Zimmer Ordnung zu machen. Sie legte dabei einen solchen Eifer an den Tag, daß ich sie lachend fragte, was denn in sie gefahren wäre. „Ich habe jetzt das Bedürfnis, Ihnen dankbar zu sein, Sie können jetzt mit mir machen, was Sie nur wollen, sprach sie, während sie ihre Arbeit eifrig fortsetzte. Jetzt will ich Ihnen nur zeigen, daß ich alles kann, wenn ich einen Menschen gern habe und daß ich dann seinetwegen alles erdulden und ertragen und sogar für ihn ins Zuchthaus wandern könnte. Das größte Verbrechen könnte ich für ihn begehen!" Dieses sagte sie in einem ehrlichen und herzlichen

Tone, worauf ich trocken erwiderte: „Nur schade, daß solche Stimmung nur kurze Zeit anhält. Ihnen fehlt die Stabilität.“ Darauf setzte ich ihr ausführlich auseinander, daß ihr jetziges unterwürfiges Tun aus derselben Wurzel stamme, wie ihr masochistisches Tun und daß sie durchaus nicht über ihre Anlage traurig zu sein brauche, sie könne noch aus ihr die besten Eigenschaften gestalten, wenn sie nur recht wolle und Einsicht in die Zusammenhänge zeige. Sie hatte, da sie sich gerade in sehr empfänglicher Stimmung befand, alles ausgezeichnet verstanden, war fröhlich weggegangen. Am nächsten Tage berichtete sie von einem merkwürdigen Traum, den sie aber vergessen hätte, war störrisch und launisch, benahm sich kindisch und frech und war nur durch eine sehr energische Zurechtweisung zur Raison zu bringen. Dennoch sind die erzielten Fortschritte unverkennbar. Auf Unbeteiligte macht sie jetzt, mit Ausnahme der Zeit der Menses, einen ruhigen und gesetzten Eindruck, so als ob sie mit sich und der Umwelt in Harmonie lebe. Doch dieser Eindruck ist täuschend. Der moralisch intellektuelle Aufbauprozeß hat zwar Hemmungen gegen das Trieb- und sonstige Binnenleben errichtet, er hat auch die normalen selektiven Tendenzen soweit gefestigt, daß das, was sie spricht, den Eindruck einer mehr oder weniger beherrschten Frau macht. Die Hemmungen funktionieren aber nur schlecht und lassen bald hier bald da das ungezügelte Trieb- und Binnenleben, wenn auch gemildert, zum Vorschein kommen. Sie haben aber auch im pathologischen Sinne verdrängend gewirkt, d. h. sie haben gewisse Erlebnisse, Einstellungen und Wünsche bewußtseinsunfähig gemacht, ohne ihnen aber die pathologische Wirksamkeit zu nehmen. Die reinen Enthemmungssymptome des Schreiens, Strampelns, der erotisch-perversen Annäherungsversuche (bzw. außerhalb der Anstalt: Tuns) sind Symptomen gewichen, die als eine Folge starker Verdrängung und darauf folgender partieller Enthemmung aufzufassen sind, worauf wir noch in der Epikrise eingehen werden. Starke und sehr schmerzhafte Magenkrämpfe, die sie angeblich bisher gar nicht kannte, übermäßige Salivation und Angstträume in der Nacht. All das war in der bisher geschilderten Enthemmungsperiode nicht vorhanden.

Die Träume tragen einen sehr durchsichtigen Charakter, wie man es n. u. E. bei simplen Bauerncharakteren, wie es die Patientin im Grunde genommen ist, stets findet. Je komplizierter der Intellekt, desto undurchsichtiger pflegen auch die Träume des Menschen zu sein. Sie gewähren auch einen ausgezeichneten Einblick in das Seelenleben der Patientin und bedürfen kaum der Deutung. Wir bringen hier 2 Träume, wie sie dem Verf. von der Patientin diktiert worden sind: „Mein Mann sollte mit dem Zuge kommen, um mich aus dem Asyl abzuholen, ich ging auf den Bahnhof, kam aber zu spät, der Mann war schon weg. Ein Billett zu kaufen, dazu hatte ich kein Geld, so konnte ich ihm auch nicht nachreisen. Bald war ich in einem Restaurant, so in Zürich. Eine feine, schwarz gekleidete Dame mit einem vornehmen Herrn kam herein. Als die Dame sich umdrehte, sah ich ihre Unterkleider heruntergerutscht, so daß der untere Teil des Rückens nackt war. Der Mann rückte ihr vornehm und unauffällig die Kleider zurecht.“ Auf meine Frage, wie der Mann aussah, erwiderte sie: „Wie der Herr Doktor, aber eigentlich mehr wie mein eigener Mann.“ Andere „Einfälle“ habe ich nicht gefordert. Wir wollen uns hier auf die sehr schwierige Frage der Traumdeutung nicht einlassen, über die wir uns andernorts ausführlich ausgesprochen haben. Ob unsere „Deutung“ des Traumes richtig ist, ist auch irrelevant, da die Psychologie des Träumens hier nicht zur Diskussion steht. Wir glaubten aber bei der Lektüre des Traumes mit aller Sicherheit sagen zu können, und taten es deshalb auch der Patientin gegenüber, daß ihr Verhältnis zu ihrem Manne noch sehr ambivalent sei, daß ihre brieflichen Versicherungen, sie sehne sich heim, doch nur

cum grano salis zu verstehen seien, und daß ihre erotisch-masochistischen Triebe samt einer zwar verständlichen, aber sehr wenig zweckmäßigen Übertragung auf den Verf. (Entblößung der unteren Rückenpartie in einem öffentlichen Café, Zurechtrückung durch den Mann) deutlich erkennbar seien. Die feine, schwarzgekleidete Dame vorn, und hinten das erschreckende Toilettederangement weisen auch auf ihre ambivalente Einstellung zu sich selbst hin. Sie wolle sowohl das eine als das andere sein. Diese Erklärungen wurden von der Patientin ohne jeglichen Widerstand, wenn auch unter schlechtester Beherrschung ihres Vasomotorenapparates (ein Erröten, das sich in ihrer Enthemmungsperiode überhaupt nicht gezeigt hatte) akzeptiert. Es stellte sich anfänglich eine leichte Depression darüber ein, ob sie je mit ihrem Triebleben fertig werden könne, die sich aber leicht beheben ließ. Nach der Traumbesprechung fühlte sie sich sichtlich erleichtert, hauptsächlich als ihr klargelegt wurde, daß ihre binnenbewußte Abneigung gegen ihren Mann durchaus kein Fatum sei und solche Wünsche und Ablehnungen überhaupt kein Maßstab oder Wegweiser für unser Handeln seien. Die Aufgabe sei nur, das „Unbewußte" kennenzulernen, um es entweder anzuerkennen und als Bereicherung unseres bewußten Ich gelten zu lassen, oder es zu überwinden, falls es sich in die angepaßte und vom bewußten Ich gebilligte seelische Einheit nicht fügen wolle. Ich schloß daran, mit dem Bewußtsein, recht banal zu sein, was aber von der Patientin nicht empfunden wurde, eine „philosophische" Paraphrase über das *γνῶτι σαυτόν*, die ihr fast besser gefiel, wie sie meinte, als eine Predigt in der Kirche. (Diese Hysterica ist nämlich in gesunden Zeiten eine regelmäßige und ernste Kirchenbesucherin.)

Die Wirkung dieser Unterhaltung zeigte sich deutlich im 2. Traume, der nach 2 Tagen berichtet wurde: „Auf einer Wiese meines Heimatdorfes wird getanzt, ich suche meinen Mann, der nirgends zu finden ist, andere Männer, die wie Asylwärter aussehen, fordern mich zum Tanze auf, aber ohne Worte, bloß durch Zunicken; das ärgert mich. Sie sollten doch soviel Anstand haben, mich wie eine Dame aufzufordern. Ich lehne alle ab, gerate beim Suchen an einen See und erwache darüber." Sie sieht ohne weiteres ein, daß ihr Suchen nach dem Manne und das Ablehnen aller „unanständigen" Männer im Traume, eine Änderung in ihrer Einstellung zum Eheleben bedeuten müsse. Sie äußerte aber noch immer stärkste Zweifel, ob sie je zu einem harmonischen Leben mit ihrem Manne gelangen könne. Doch war ihre Konversation hierbei durchaus ernst und der Bedeutung des Themas angepaßt. Das Kindische, das in solchen Fällen stets bei ihr hervorbrach, zeigte sich dieses Mal nicht mehr.

Der Fortschritt ist nicht zu verkennen, wenn auch noch immer wieder eine Masse kleiner Rückfälle in Infantilismen auftreten und vor allem die visceralen und sympathischen Symptome ein stets wechselndes Bild liefern. Bald völlig wohl, bald über Magenschmerzen, Salivation, juckenden Hautausschlag, der schlagartig verschwindet und auftritt (wohl auch ein sympathisches Symptom), klagend — ein Bild, das man aber im Leben bei sog. „nervösen" Frauen häufig antrifft. Tanz bei Grammophonmusik, wie wir es Sonntagnachmittag im Asyl haben, vertreibt für den Augenblick alle Schmerzen, wobei aber am Montag die geschilderten Symptome in etwas verstärkter, aber nicht mehr lärmender Weise auftreten. Trotzdem kann sie jetzt Haus- und Näharbeiten ohne jede Unterbrechung vollziehen. Ob sie jemals wieder Enthemmungserscheinungen haben wird, erscheint ihr manchmal unwahrscheinlich, manchmal gibt sie dagegen eine Rückfallmöglichkeit zu. Die Zukunft muß lehren, wieweit sie recht hat. Die bisherige 8 Wochen dauernde, wenn auch sehr intensive Behandlung rechtfertigt noch keineswegs ein abschließendes prognostisches Urteil.

Epikrise.

Bevor wir auf die theoretische Besprechung der einzelnen Fälle eingehen, müssen wir einige wenige Bemerkungen über das Wesen der psychogenen Enthemmung, wie wir es auffassen, vorausschicken.

Handelt es sich nicht um Tics oder um eine hysterische Chorea resp. Athetose, die ja durch *Bing* wohl befriedigend pathophysiologisch erklärt worden sind, sondern um eine hauptsächlich die höheren Bewußtseinsfunktionen betreffende hysterische Störung, so darf man die Lehre von der psychogenen Enthemmung nicht in der Weise verstehen wollen, daß bisher von höheren Zentren beherrschte Automatismen in aller Reinheit hervorbrechen und nun *alleinig* das Feld beherrschen. Eine solche Auffassung trifft nicht einmal für die Tics voll zu, die je nach der psychophysischen Gesamthaltung bald stärker, bald schwächer werden, und sich sogar durch den „bewußten Willen" bis zum gewissen Grade beeinflussen lassen, so daß dieser keineswegs völlig ausgeschaltet ist. Es kommt noch hinzu, daß in vielen Fällen die Hemmungen nicht nur durch corticale Funktionen auf subcorticale resp. neencephalische auf paläencephalische ausgeübt werden, sondern: auch intracortical [*Sahli*[4]) würde sagen: interzentral] müssen wir Hemmungsvorrichtungen postulieren, falls wir die Lehre von der psychogenen Enthemmung auf den ganzen Umfang des Hysteriebegriffes anwenden wollen. Aber auch bei solcher Erweiterung darf man sich nicht eine völlige Ausschaltung des hemmenden Apparates denken, so daß der bisher gehemmte resp. gedämpfte Apparat die völlige Herrschaft gewinnt. Von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, bleibt auch der hemmende Apparat mehr oder weniger in Funktion, nur daß diese eine schwere Einbuße an Exaktheit erleidet und ihrer Aufgabe nicht völlig gewachsen ist. Genau nach demselben Schema, wie wir uns vorstellen, daß durch eine Läsion der Pyramidenbahn die Reflexe gesteigert werden usw., müssen wir uns auch die psychogene Liberation der einen Apparate durch die anderen denken, nur mit dem Unterschied, daß die organischen Läsionen stets einen Restzustand zurücklassen, während die psychogenen Enthemmungen fast stets — doch keineswegs immer — reversibel sind. Ferner kommt noch hinzu, daß während bei organischen Erkrankungen neo- und paläencephalische Apparate von der Läsion betroffen werden, bei der Hysterie die im individuellen Leben erworbenen und organisierten die Hemmungsfähigkeit auf untergeordnete Automatismen verlieren. Was aber für die Hysterie vor allem kennzeichnend ist, ist die „anachronistische" Natur ihrer Symptome. *v. Monakow*[5]) vor allem hat auf diese Erscheinung hingewiesen. In seinem Vortrage: Die Neurosenfrage einst und jetzt[5]) schreibt er, „daß wir in den Nervösen nur mit Bezug auf den Konflikt resp. die intimere Persönlichkeit Individuen mit kin-

dischem Wesen vor uns haben, resp. Individuen mit infantilen Neigungen, mit Oberherrschaft der Urinstinkte und der Hormeterien, im übrigen aber intelligente Erwachsene"[95]). Die eigentümliche Vereinigung von „Kind" und „reifer" Mensch" wird von ihm mit dem Begriff des Anachronismus belegt, der aber je nach dem Krankheitsgrad bald ganz nach „links" oder „rechts" verschoben sein kann und in extremen Grenzfällen überhaupt nicht konstatierbar ist, wenn die Hemmungen der höheren Zentren samt ihren sonstigen psychischen Leistungen, wie geordnetes logisches Denken, zielstrebiges Wollen usw. ganz ausgeschaltet ist.

Nach diesen Vorbemerkungen können wir daran gehen, die einzelnen Fälle daraufhin zu untersuchen, ob sie sich der Lehre der psychogenen Enthemmung fügen und welche Bedingungen für das Auftreten der Erscheinungen maßgebend waren.

Im Falle A springt vor allem die pathologische Verdrängung in die Augen, die wir oben als *eine* der Enthemmungsbedingungen angesprochen haben, wenn sie auch entgegengesetzte Phänomene: *pathologische Hemmung* zur Folge haben kann. Die Verdrängung ist an sich ein normalpsychologischer Vorgang und ist, wie wir in unserer Arbeit: Das Binnenbewußte[6a]) ausgeführt haben, eine der Vorbedingungen des harmonischen seelischen Geschehens. Verdrängung ist aber ex definitione nichts anderes als Hemmung, nur auf die bewußt psychischen Funktionen bezogen. Während der Begriff der Hemmung sich sowohl auf diese als auch auf subcorticale und vegetative Funktionen bezieht. Es dürfte wohl jetzt die Lehre unbestritten sein, daß die Triebe und vegetativen Funktionen im Zwischenhirn ihr anatomisches Substrat haben, während die höheren „Zentren" im Cortex gelagert sind, wo allerdings auch die niederen ihre Vertretung haben. Wenden wir dieses Schema auf den Fall A an, so ist die „Verdrängung" als pathologische intracorticale Hemmung aufzufassen. Die Amblyopie, die völlige Unkenntnis der sexuellen Vorgänge, die sie in ihrem Alter schon kennen konnte und die als eine Art hysterische, intellektuelle Blindheit für bestimmte Objekte aufgefaßt werden kann, der Eindruck starker Debilität, die sich in der Unfähigkeit, ihre sonstigen Kenntnisse zu produzieren, in ihrer gehemmten abgehackten, immer wieder den Faden verlierenden Denkweise zeigten, dürften wohl mit Recht als Folgen pathologischer Verdrängung angesprochen werden. Die Verdrängung war irradiiert auf Gebiete, die mit dem vom Bewußtsein Abgelehnten gar nichts mehr zu tun hatten, ein Vorgang, der empirisch immer wieder angetroffen wird, wenn wir uns auch nur sehr unklare Vorstellungen von dem zugrunde liegenden physiologischen Mechanismus machen können. Die genannten Symptome tragen den *v. Monakow* (5. S. 87) hervorgehobenen „negativen Charakter der Hemmung oder Sperrung, und zwar auf allen

Niveaus nervöser Tätigkeit vor allem in der sogenannten neopsychischen Sphäre." Doch lassen sich bei A durchaus nicht alle Symptome auf die Verdrängung allein zurückführen. So vor allem nicht die halluzinatorischen Anfälle, in denen sie Sexualszenen erlebte. Das verdrängende Ich muß gegenüber den verdrängten Inhalten, die in sich eine organisierte Einheit bilden können, als Hemmungs- resp. Verdrängungsorgan aufgefaßt werden. Wächst nun das Binnenbewußte derartig an, daß die vom „Ich"*) ausgehenden Hemmungen es nicht mehr in Schach halten können, so setzt es sich gegen das Ich durch, es wird *enthemmt*. Das Ich wird sozusagen ausgeschaltet und das Verdrängte tritt in Form von Halluzinationen in Erscheinung, wobei allerdings noch die Entstellungen, die das binnenbewußte Material nach der Verdrängung erlitten hat, zu berücksichtigen sind und die als innere Verarbeitung und Umorganisierung aufgefaßt werden und als Grundvoraussetzung jedes produktiven Schaffens anzusehen sind, ein Vorgang, der aber auch dem Binnenbewußten unproduktiver Menschen ebenso eigen ist[6b]). Die Lehre von der psychogenen Enthemmung macht erst das Auftreten der hysterischen Absenzen und Halluzinationen voll verständlich und ersetzt die Lehre von der sogenannten Abreaktion, die von psychoanalytischer Seite herangezogen wird, aber keineswegs befriedigen kann, da von einer Abreaktion, resp. gar einer „Wunscherfüllung" nur mit größter Gekünsteltheit gesprochen werden kann, abgesehen davon, daß für das halluzinatorische Reproduzieren emotioneller Erlebnisse, wie Eisenbahnunfälle usw., die Erklärung schon gar nicht brauchbar ist. Mit der Lehre von der psychogenen Enthemmung bleiben wir dagegen ganz im biologisch-dynamischen Gebiet und brauchen nicht zu weiteren komplizierten Hilfshypothesen unsere Zuflucht nehmen. Daß mit der intracorticalen Enthemmung zugleich auch subcorticale Libreationen stattfinden können, legt *Bing* in instruktiver Weise dar: „beim Hysteriker vermögen auch andere affektgeladene Situationen in gleicher Weise Enthemmungsphänomene frei zu machen" und ferner: „übrigens vermögen gelegentlich auch beim Gesunden gewaltige seelische Erschütterungen, äußerst auffallende Automatismen zu liberieren" (2. S. 17). (Die angeführten Beispiele sind im Original nachzulesen.) Bei der innigen Abhängigkeit und der gegenseitigen Wechselwirkung der einzelnen zentralnervösen Organe ergibt sich ein solches Übergreifen direkt aus der Organisation unseres C.N.S.

Schwieriger sind das Erbrechen und die furchtbaren Leibschmerzen zu verstehen. Die Lehre *Freuds* von der Konversion enthält zu viele *metaphysische* Elemente, um befriedigen zu können. Die *Sahli*sche Auffassung[4]) scheint uns den Erscheinungen wesentlich adäquater ge-

*) Die genauere Begriffsbestimmung des „Ich" findet sich in meiner demnächst in dieser Zeitschrift erscheinenden Arbeit: Instinkt und Wille.

recht zu werden. So schreibt er: „Auf Grundlage gewisser Dispositionen können bei nervösen Kranken sogar Ausstrahlungen der gesteigerten Erregung auf das vegetative Nervensystem und dessen bekannten Exekutor, die Schilddrüse, Stoffwechselsteigerungen und u. U. das Symptomenbild des Morbus Basedovii, *nervöse Verdauungsstörungen*, *Hypersekretionen*, Herzstörungen aller Art u. v. a. entstehen" (4. S. 3). Da mit jeder pathologischen Verdrängung eine binnenbewußte gesteigerte Erregung verbunden ist (ex definitione), so wären die vegetativen Störungen als Ausstrahlungen dieser Erregung auf subcorticale Zentren zu verstehen, so daß diese gegen die sonst von den höheren Zentren ausgehenden Hemmungen resp. Dämpfungen funktionieren. Auch hier läge ein psychogenes Enthemmungsphänomen vor. Mit der *Sahli*schen Auffassung nahe verwandt ist die *Monakow*sche Erklärung der vegetativen Phänomene, der sie als die Folgen „eines Freiwerdens eines Oblongatamechanismus, der sonst dem Corticoassociationssystem untergeordnet ist" (5. S. 92) auffaßt und allgemeiner: „Da die anatomische Organisation der betreffenden Apparate den Charakter relativ selbständiger Synapsen und Projektionsordnungen trägt (z. T. mit hierarchischem Charakter), so haben wir bei der Ausschaltung mancher die Funktionsordnung beherrschender Symptome (wie z. B. bestimmter Gebiete im Cortex) den Ausbruch eines zügellosen Automatismus in einzelnen Innervationsgebieten (z. B. in bestimmten sympathischen und visceralen Gebieten), der u. a. einen der paralytischen Speichelsekretion ähnlichen Charakter trägt" (S. 93). Diese Erklärungen, die alles Psychische unberücksichtigt läßt und nur die zentralnervöse Übererregung als Enthemmungsfaktor gelten lassen, dürften deshalb so befriedigen, weil sie mit unseren Kenntnissen von den Beziehungen der bewußten Funktionen zum C.N.S. so gut übereinstimmen. Eine rein psychologische Erklärung der Hysterie ist, wie *Bing* immer wieder hervorhebt, eben nicht möglich. Verdrängung, Enthemmung und evtl. noch Irradiation sind die Begriffe, mit deren Hilfe sich die Symptome des Falles A unserm wissenschaftlichen Verständnis näher bringen lassen.

Der Fall B stellt eine Illustration zur Lehre vom funktionellen Abbau dar, die in *v. Monakow* den hervorragendsten Vertreter hat. In seiner Abhandlung: „Gehirn, Gefühl, Gesittung" heißt es: „Sicher ist daher auch, daß die Urinstinkte als die ältesten Erscheinungen auf dem Gebiete des Gefühlslebens auch beim Erwachsenen gegen nahezu alle Insulte des Lebens die widerstandsfähigsten sind (vgl. die in der Einleitung zitierten Sätze *Mucks*) und daß die den Urinstinkten gleichsam durch die Kultur aufgepfropften, temporär leicht zerstörbaren, ihrem Aufbau nach zarten altruistischen Gefühle (soziale, sittliche, religiöse Gefühle) nur dann gedeihen und sich vervollkommnen können, wenn die biologischen Bedingungen (Erziehung, Übung) hierfür richtig erfüllt

worden waren. Diese höheren Gefühle sind durch Einflüsse außergewöhnlicher, die Urtriebe bedrohender Umstände überaus leicht zu erschüttern resp. zu hemmen und dann *behaupten die Leidenschaften das Feld.*" (S. 18).

Bei der Patientin B fehlte es einerseits an der für die Aufrechterhaltung der Gesittung nötigen richtigen Erziehung, andererseits waren ihre „Urinstinkte", wie wir gesehen haben, größten Insulten ausgesetzt. Man darf auch, wenn man Fall B mit C vergleicht, sagen, daß bei der Patientin B die höheren Anlagen wie „Intelligenz" und „Wille" schon an sich schwach konstituiert sind, so daß sie unter der mangelhaften Erziehung besonders labil und leicht ausschaltungsfähig wurden. Diese „Zentren" stellen einmal einen gewaltigen Hemmungsapparat dar mit intracorticaler und subcorticaler Wirkung, zugleich haben sie die Funktion *selektiver Tendenzen*. Diese bewirken, daß unter dem ungeheuer großen seelischen Impressionsmaterial für die Reproduktion resp. schon für das Bewußtwerden eine ganz bestimmte, den Umständen entsprechende Auswahl getroffen wird, während alles Übrige gehemmt wird. Im Alkoholhalbrausch fallen die psychophysischen Hemmungen weg und die selektiven Tendenzen treten zurück, so daß manches „Geheimnis", also etwas, das im normalen Zustande der Hemmung unterliegt, offenbart wird. Genau denselben Vorgang haben wir auch auf dem Gebiete der Hysterie, wenn auch hier die Ursachen auf rein psychophysischem Gebiet zu suchen sind. In der schlimmsten Zeit ihrer Krankheit sprach die Patientin von ihrem Manne in der Gegenwart fremder Leute in der schamlosesten Weise, legte ihre Verhältnisse zu anderen Männern dar und stellte sich großsprecherisch schlimmer hin als sie es gewesen ist, wie wenn ein Mädchenjäger in aufschneiderischer Weise seine Liebesabenteuer, die zum größten Teil erfundene Gemeinheiten sind, bloßlegt. Dabei war sie ihrem Manne gegenüber von einer Ambivalenz, die grotesk wirkte. Als ich ihr ihr Benehmen bei seinem Sonntagsbesuch vorhielt, brach sie, nachdem sie zuerst trotzig ihre Schmähungen wiederholte, nach 10 Minuten in ein ehrliches Gejammer aus, daß sie seiner gar nicht wert sei usw., um zwei Stunden später in den gerügten Ton zu verfallen. Ebenso wie die rein psychischen Funktionen brachen auch die enthemmten infantilen Automatismen unter teilweiser Mitbenutzung späteren Erwerbs hervor. Geriet sie in Aufregung, war ihr Intellekt erschöpft, während ihr Triebleben sich in höchster Spannung befand, so traten die Schreianfälle, das Beinestrampeln, das sinnlose Hin- und Herrennen hervor, wie man sie bei einem schlecht erzogenen Kinde und jedem Säugling beobachten kann, wenn man den mit diesen Funktionen verquickten Neuerwerb, wie Schimpfen usw. in Abzug bringt (Anachronismus). Einmal konnte ich auch eine Art arc de cercle sehen, den zu beobachten ich bisher nie Gelegenheit hatte,

so daß ich für seine Klassizität nicht bürgen kann. Die Patientin wühlte sich mit dem Kopf ins Kissen ein und stemmte die Füße gegen die hölzerne Bettwand, so daß ihr Rumpf in der Luft schwebte, eine Stellung, die sie bei ruhiger Besinnung willkürlich nicht einnehmen konnte. Es drängte sich mir das Sichsteifmachen der kleinen Kinder auf, das ich bei meinem eigenen 12 Monate alten, nervös anscheinend, völlig normalen Sohn in dieser Zeit oft beobachten konnte. Lehnt er das Essen ab, das die Mutter ihm aufdrängen will, oder will er sich nicht auf den Topf setzen lassen, so wirft er Ober- und Unterkörper zurück, so daß sein Bauch nach vorne kommt und wird dabei brettsteif, so daß meine Frau, die diese Stellung mit Gewalt überwinden wollte, Angst bekam, sie würde noch eine Ruptur erzeugen. Als ich ihn in dieser Haltung auf den glatten Tisch legte, bildete sein Körper einen ausgesprochenen Halbkreis. Diese Stellung muß als ererbter Abwehrreflex, der sich im Laufe des Lebens bald verliert, angesehen werden und soll sich schon deutlich mit 2—3 Monaten zeigen. Eine ähnliche, wenn auch nicht so steife Haltung nahm die Patientin ein, und es ist vielleicht berechtigt, auch darin ein subcorticales Enthemmungsphänomen zu sehen. Während die Patientin B in gesunden Zeiten sich durchaus sowohl der perversen als der normalen Triebe bewußt war, ihnen aber nicht nachgab und sich zeitenweise — besonders vor dem Ausbruch der letzten Attacke in völlig normaler Weise ein- und unterordnete, brachen die Triebe nach dem intellektuellen Zusammenbruch in der geschilderten Weise hervor. Hier war von einem Anachronismus kaum mehr die Rede. Die symptomatologisch sicher einwandfreie Diagnose eines ihrer Ärzte auf Imbezillität hatte ihre volle Berechtigung, wenn sie auch nach kurzer Zeit eine ziemliche Intelligenz an den Tag legte, die allerdings den ausgesprochenen Charakter der sogenannten „agglutinierten Kausalität" im *v. Monakow*schen Sinne trug. Alles was wir als kulturell höherwertig ansehen, war in reversibler Weise abgebaut, und die Triebe, die infantilen Automatismen, die vegetativen Funktionen beherrschten führerlos das Feld. Sechs Wochen nachher, als ein gewisser funktioneller Aufbau stattgefunden hatte, erschien ihr ihr Tun unwahrscheinlich, an das Schlimmste konnte sie sich gar nicht erinnern, es war einfach amnesiert worden. Die *Janet*sche Lehre, daß die Hysteriker große Kinder seien, findet hier ihre grellste Beleuchtung, nur darf man unter diesem Begriff nicht eine Charaktereigenschaft verstehen, sondern muß ihn als hysterisches Enthemmungsphänomen auffassen.

Von hohem theoretischen und praktischen Interesse scheint uns das Umschlagen der Enthemmungs- in Verdrängungssymptome zu sein. Würde man hier mit *Dubois*scher oder *Fr. W. Foerster*scher Belehrung fortfahren, wie diese Methode sich zur Zeit der vorherrschenden Enthemmungssymptome so ausgezeichnet bewährt hat, so würde man gar

bald am Ende seiner Kunst angelangt sein. Ohne eine psychologische Analyse des sich wieder bildenden Binnenlebens der Patientin, zu der die Analyse der Träume sicher die via regia bildet, um mit *Freud* zu reden, würde jede bewußte Einwirkung nur zu bald Arzt und Patientin deprimierende Widerstände geweckt haben. Uns sind Fälle bekannt, wo Patienten durch das Drauflosdogmatisieren, auch wenn sich die Belehrungen, wie die *Foerster*schen, dem Niveau ausgezeichnet anpaßten, aber ohne Kenntnis des Binnenlebens gegeben wurden, in Verzweiflung gerieten und ernstlich an Suicid dachten, da sie sich unfähig fühlten, den an sich selbst gerichteten Postulaten nachzuleben. Die oft nur mit dieser Methode, wie etwa im Fall C erzielte Heilung, oder die durch sie erreichte anfängliche Besserung in der Enthemmungsperiode, wie im Fall B, darf den Therapeuten nicht verleiten, nun auch „konsequent" zu bleiben und den Fortgang der Heilung nur mit ihr erzwingen zu wollen, um dann, wenn es doch nicht geht, „die unverbesserlichen Charaktereigenschaften" als Selbstverteidigung ins Feld zu führen. Nur eine absolut „bewegliche Taktik", die aber stets den gesamten Heilungsplan im Auge behalten muß, kommt in der Medizin, in der somatischen so gut wie in der psychischen, in Betracht.

Zum Fall C haben wir schon eigentlich das Wesentlichste gesagt, als wir die Enthemmungssymptome der Patientin B. besprachen. Der Unterschied in der Gestaltung des ganzen Krankheitsbildes ist aus der bei C ganz anders angelegten seelischen Struktur zu verstehen. Ihr Intellekt war ungleich stärker entwickelt, ihr Geschmack, ihre ethischen Bedürfnisse nicht so weit abgebaut und so konnte sich gar bald ein viel kräftigerer Hemmungsmechanismus entwickeln, sobald die ersten Fortschritte erzeilt waren. Jetzt nach $^5/_4$ Jahren erscheint ihr ein Rückfall absurd und ihr damaliges Gehaben als „wüster Traum". Eine analytische Behandlung kam für sie, ebensowenig wie für B., in der Anfangszeit gar nicht in Betracht. Hier wäre die Anwendung der analytischen Methode direkt ein Kunstfehler. Sie würde nur zur Entwicklung des perversen Trieblebens beigesteuert haben, wenn die Patientin veranlaßt worden wäre, monatelang in ihren Perversitäten und sonstigem „Unbewußten" herumzuwühlen. Hier galt es, das Vorhandene zu stärken und dem „intelligenten Willen"*) wieder zur Führung zu verhelfen. Die drei Patientinnen repräsentieren in mancher Hinsicht drei Formen von Hysterie: Bei A herrscht die Verdrängung und bei C die Enthemmung vor, dagegen halten sich bei B die beiden Erscheinungen, jedenfalls in der späteren Behandlungsperiode, die Wage. Diese Einsicht fordert oft die Anwendung verschiedener Methoden zu gleicher Zeit, was aber nicht als psychotherapeutischer Eklektizismus, noch weniger als Poly-

*) Was wir unter diesem komplizierten Begriff verstehen, haben wir in der erwähnten Arbeit niedergelegt.

pragmasie bezeichnet werden darf, so wenig wie ein innerer Mediziner den Namen eines Eklektizisten verdient, wenn er beim selben Kranken unter Berücksichtigung der eingetretenen Veränderungen ein verschiedenes therapeutisches Verfahren einschlägt.

Die wiedergegebenen Krankengeschichten veranlassen uns noch zu einigen Bemerkungen über das Wesen der Hysterie überhaupt, wobei wohl nicht besonders betont zu werden braucht, daß uns eine auch nur annähernde Erschöpfung des Themas völlig fern liegen muß, da eine solche u. Üb. n. nur möglich ist nach einer gründlichen Auseinandersetzung über das Instinkt- und Willensproblem.

Die drei Fälle, die ja als typische gelten können und als solche eine unübersehbare Menge andere repräsentieren, weisen auf eine schwere funktionelle Störung des „Intellekts" und des „Willens" hin. Diese sind es vor allem, die die ihnen zukommende Herrschaft und Führung über den Gesamtorganismus eingebüßt haben. Mit der Schwächung und Erschöpfung dieser Funktionen, die nach unserer Auffassung nicht zu den Instinkten gerechnet werden können, brechen die sog. Urinstinkte, die „Hormeterien" *v. Monakows* in ungezügelter Weise durch, die „Persönlichkeit" verliert den inneren Halt, die sichere Führung. Auch die *selektiven Tendenzen* werden außer Funktion gesetzt. Die Phantasie kann schrankenlos walten, da die sogenannte „Kritik" fehlt, die unter den sich anbietenden Vorstellungen wählt, sichtet, sie mit der Realität vergleicht und auf ihre inneren logischen Zusammenhänge prüft. Mit Recht meint *v. Monakow*[8]), daß die Neurose nicht nur durch Insulte des Instinktlebens (in seinem weiten Sinne, wozu er ja auch die höchste Gesittung rechnet), sondern auch „durch Ausschweifungen oder häufigen Gebrauch von Genußmitteln oder Einfluß von Giften usw. ausbrechen kann." Nirgends wie beim Alkoholismus sind ja die intellektuellen und ethischen Verheerungen deutlicher zu sehen. Daß hier trotzdem zuletzt ein ganz anderes Krankheitsbild entsteht, ergibt sich aus der wesentlich verschiedenen Ätiologie, die Enthemmungserscheinungen sind aber bei beiden Krankheiten oft bis ins einzelne identisch. (So machte ja die Patientin B zu Anfang den vollendeten Eindruck einer betrunkenen imbezillen Prostituierten.)

Eine andere Frage ist es, wodurch denn der Intellekt und der Wille so geschwächt werden, daß sie weder das Verdrängte resp. Gehemmte, noch die subcorticalen Automatismen in Schach halten können. Daß das unbefriedigte resp. mißhandelte Triebleben eine wesentliche Rolle spielt, vor allem beim Weibe, wird wohl nirgends mehr ernstlich bestritten. Daß diese Ursache auch völlig fehlen kann, lehren mit eindringlichster Deutlichkeit die Kriegshysterie und die sogenannter Begehrungsneurosen.

Die Einsicht endlich, daß bei der Hysterie die wesentlichste Störung der „*intelligente Wille*" erleidet, wirft aber auch auf die Tatsache ein

Licht, daß in normalen Friedenszeiten die Frauen ungleich häufiger an Hysterie erkranken als die Männer. Daß diese Funktionseinheit bei der Frau wesentlich vulnerabler ist als beim Mann, dürfte kaum bestritten werden können und läßt sich auch biologisch aus der gesamten Organisation der Frau verstehen. Für Gattenwerbung, Kinderpflege, Betreuung der Familie usw. kommen, biologisch gesehen, hauptsächlich die sogenannten „Gemütswerte" in Betracht, dagegen pflegt ein zu scharfer weiblicher „Verstand" unter Umständen eine Störung zu sein, wenn er nicht gerade, was ja selbstverständlich vorkommt, in ausgezeichneter Harmonie mit diesen begrifflich nicht leicht faßbaren Faktoren steht. So begreift sich die größere Erkrankungsziffer der Frau an Hysterie aus der gekennzeichneten Vulnerabilität ihres intelligenten Willens.

Ist diese Hypothese richtig, so müßte sie sich auch auf dem Gebiete der Psychosen bewähren, da schließlich eine organische Erkrankung als die doch wohl etwa die Schizophrenie in erster Linie angesehen werden muß, ebenso sehr, ja vielleicht noch mehr, als eine funktionelle, von den inneren Faktoren abhängig ist und ein vulnerablerer Intellekt, dem doch irgendwie eine entsprechende organische Grundlage gegenübersteht, resp. zugrunde liegt, infolge seiner geringeren Widerstandsfähigkeit organisch leichter erkranken müßte als ein weniger verletzlicher. Obgleich eine einwandfreie Statistik, soviel uns bekannt ist, nicht existiert, lassen sich zu dieser Frage mit Berücksichtigung der Verhältnisse im kantonalen Asyl in Wil (St. Gallen), das seit 1892 existiert, folgende Angaben machen: Vom Jahre 1892 bis 31. X. 1926 sind 5423 Frauen und 5652 Männer aufgenommen worden. Die Differenz von 229 fällt beim großen Zeitraum von rund 34 Jahren nicht in Betracht, da diese eine zufällige ist. In den ersten 10 Monaten des Jahres 1926 sind beispielsweise 80 Frauen mehr aufgenommen als Männer, während im Jahre 1913 50 Männer mehr eintraten als Frauen. Man darf also sagen, daß die Zahl der Aufnahmen ungefähr gleich ist. Um die Zahlen zu verstehen, ist es aber notwendig, einmal die Ursachen der Erkrankungen, dann aber auch ihre Schwere zu berücksichtigen. Nach der Statistik des kantonalen Asyls Wil über das Verhältnis der im Asyl untergebrachten Alkoholiker zur Gesamtheit der aufgenommenen Geisteskranken beträgt in den Jahren 1909—1924 der Prozentsatz ca. 24%, und rechnet man den Rückgang des Alkoholismus in den Kriegsjahren ab, so steigt die durchschnittliche Ziffer auf 26%, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß erstens nur die schwersten Fälle ins Asyl kommen und zweitens der Alkohol auch auf den Ausbruch *anderer Geisteskrankheiten und Neurosen* einen starken Einfluß ausübt, so daß durch dieses Giftmittel auch die Gesamtziffer der aufgenommenen vergrößert wird. Das Verhältnis der weiblichen zu den männlichen Alko-

holikern verhält sich aber nach derselben Statistik in derselben Periode wie 52 : 543, also wie rund 1 : 10. Berücksichtigt man dieses Verhältnis, so würde, wenn man etwa sämtliche Alkoholiker in Trinkerheilstätten unterbringen würde, die Zahl der aufgenommenen männlichen Geisteskranken ca. 20% geringer sein als die der weiblichen.

Was die Schwere der Erkrankung betrifft, so besteht bei allen mir bekannten Anstaltsärzten die einhellige Meinung, daß die Frau im allgemeinen viel stärker geistig erkrankt als der Mann, bei dem die intellektuellen und kulturellen Errungenschaften keineswegs in dem Maße eingerissen werden wie bei der Frau. Die Schamlosigkeit zeigt sich bei der geistig erkrankten Frau viel früher und viel radikaler als bei dem Manne, das Schreien ist häufiger, das Defäzieren und Urinieren viel verbreiteter, was sich rein statistisch auch aus dem Mehrverbrauch an Hypnotica und Leib- und Bettwäsche plausibel machen läßt, auch wenn man den höheren Wäscheverbrauch infolge der Menses berücksichtigt.

Daraus aber, daß die hysterische Erkrankung in erster Linie den „intelligenten Willen" betrifft, erklärt sich auch die viel beachtete Tatsache, daß bei den Hysterikern das Phantasieleben das Verstandesleben so überwuchert und sich leicht in Ungenauigkeit der Wahrnehmung, die sich bis zur Pseudologia phantastica steigern kann, u. v. a. äußert. An dieser Tatsache läßt sich natürlich nicht zweifeln. Sie ist aber nicht dadurch zu erklären, daß das Phantasieleben der Frau reicher ist als das des Mannes. Da *jede* Verstandestätigkeit mit Vorstellungen arbeitet, indem sie dieselben neu kombiniert, vergleicht, wertet usw. setzt eine solche Tätigkeit ein reiches Phantasieleben voraus. Der Techniker wie der Kaufmann, der Wissenschaftler wie der Künstler können ohne Vorstellungskombinationen nichts leisten, und leisten nur insofern etwas, als ihnen ein reiches Vorstellungsmaterial zur Verfügung steht. — Diese Kombinationen unterstehen aber der sogenannten „Kritik" des Intellekts. Erleidet aber diese Funktion eine — wenn auch reversible — Störung, so tritt an Stelle des geordneten kontrollierten Phantasielebens eine krankhafte, den „Verstand" nicht berücksichtigende Phantastik ins Spiel, die sich je nach Umständen im Verein mit krankhafter Geltungssucht — dessen Genese und Biologie aber noch nicht geschrieben sind — in Schauspielerei, im Lügen und Betrügen, im Verleumden und Entstellen äußert, und soviel zur Bildung der Lehre vom hysterischen Charakter beigetragen hat. Ob es einen solchen gibt, erscheint uns auch ohne vorhergegangene Kritik dieser Auffassung recht unwahrscheinlich. Trifft man doch den hysterischen Symptomenkomplex — selbst in schwerster Form — bei den allerverschiedensten Charakteren an. Es dürfte daher vorsichtiger sein, erst dann die hysterischen Symptome auf ererbte Charakteranlagen zurückzuführen, wenn eine

andere Erklärung als ausgeschlossen bewiesen werden kann. Das psychische pathologische Geschehen kann ebenso wie das somatische Charaktereigenschaften vortäuschen, die mit dem Aufhören des pathologischen Prozesses ins gerade Gegenteil umschlagen resp. in gesunden Zeiten als durchaus normale auftreten können. Das gilt ja auch von rein körperlich Kranken. Man würde doch vom Egozentrismus, der Nörgelsucht, der Empfindsamkeit, Zanksucht usw. der Menschen ein völlig falsches Bild bekommen, wenn man sich nur an die seelischen Gegebenheiten während einer somatischen Erkrankung, etwa eines Magendarmleidens, halten wollte. Mit dem Begriff des hysterischen Charakters darf aber keineswegs der der hysterischen Konstitution verwechselt oder, wie es so häufig geschieht, verquickt werden. Etwas wie eine hysterische Konstitution muß schon postuliert werden, wenn auch die einzelnen Faktoren derselben noch keine adäquate Darstellung gefunden haben.

Literaturverzeichnis.

[1a]) *Muck, O.*, Med. Klinik 1918, Nr. 18. — [1b]) *Muck, O.*, Beobachtungen und praktische Erfahrungen auf dem Gebiete der Kriegsneurosen der Stimme, der Sprache und des Gehörs. 1918. — [2]) *Bing, R.*, Schweiz. med. Wochenschr. 1925, Nr. 44. — [3]) *Bing, R.*, Ebenda 1924, Nr. 26. — [4]) *Sahli, H.*, Ebenda 1923, Nr. 1. — [5]) *v. Monakow*, Fünfzig Jahre Neurologie. 1924. — [6]) *Nachmansohn*, Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie 1926 und Arch. f. d. ges. Psychol. 1917. — [7]) *v. Monakow*, Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1916. — [8]) *v. Monakow*, Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie 1926, Nr. 18.